

Altenhilfekonferenz 2005

der

Landeshauptstadt Dresden

am 30. November 2005

Workshops

Absender:

Landeshauptstadt Dresden
Sozialamt
Abt. Sozialplanung
PF 120020
01001 Dresden

W 1: Homepage

- www.dresden.de – Vorstellung der Homepage über die Altenhilfe
- ... und wenn kein Internet vorhanden ist; wie und wo soll man aktuelle Infos beziehen können?

W 2: Aktives Altern

- Was heißt das: Alter, Altwerden und -sein, aktiv sein?

W 3: Zukünftige Alte

- Visionen für die Zukunft (Möglichkeiten und Grenzen)

W 4: Gütesiegel „Betreutes Wohnen“

- gesiegelt betreut wohnen
- Vorstellung des Gütesiegels und des Siegelungsverfahrens

W 5: ambulante Betreuung demenziell Erkrankter in der Landeshauptstadt Dresden

- Projektvorstellung
- Akteure gesucht

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:
Annett Lohse
Telefon: 4 88 48 92
E-Mail: ALohse@dresden.de.

Einladung

Altenhilfekonferenz der Landeshauptstadt Dresden 2005

Termin: 30. November 2005
Zeit: 10 –16 Uhr
Ort: Rathaus, Festsaal

Altenhilfekonferenz

27,7 % aller Dresdnerinnen und Dresdner sind über 60 Jahre und älter. Mit dem Beschluss des Altenhilfeplanes der Landeshauptstadt Dresden 1999 und dessen Fortschreibung 2003 wurden Rahmenbedingungen für den Bereich der offenen Altenhilfe geschaffen.

Ziele der Konferenz sind:

- eine öffentliche Darstellung erreichter Ergebnisse der Altenhilfe in der Landeshauptstadt Dresden 2005
- Diskussionen wichtiger Aufgaben in der Altenhilfe
- Schlussfolgerungen für die künftige Arbeit

Herzlich eingeladen sind alle Seniorinnen und Senioren der Landeshauptstadt Dresden, Angehörige, Träger, Leistungserbringer, Fachpublikum und alle Interessierten.

**Um Anmeldung bis spätestens
24. November 2005 wird gebeten.**

Ablaufplanung

10.00

Begrüßung

Hauptmoderatorin: Regina Mannel, Geschäftsführerin des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes

10.05–10.35

Einführungsvortrag

Tobias Kogge, Bürgermeister für Soziales

10.35–11.20

Schwerpunktreferat

„Medizinische Versorgungsstrukturen für ältere Patienten“, Dr. med. Christina Naumann, Chefärztin der Geriatrischen Rehaklinik Dresden-Löbtau

11.20–11.35

Vorstellung der WorkshopreferentInnen, und -ModeratorInnen

11.35–12.20

Mittagspause (Imbissangebot)

12.20–14.45

Workshop in fünf Arbeitsgruppen

15.10–15.55

Abschlussforum

Moderation: Regina Mannel

15.55–16.00

Abschlussworte, Tobias Kogge

Anmeldeformular

Ich nehme an der Altenhilfekonferenz der Landeshauptstadt Dresden am 30. November 2005 teil und wirke in folgendem Workshop* mit:

W1 Homepage	<input type="checkbox"/>
W2 Aktives Altern	<input type="checkbox"/>
W3 zukünftige Alte	<input type="checkbox"/>
W4 Gütesiegel Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/>
W5 ambulante Betreuung demenziell Erkrankter	<input type="checkbox"/>

* zutreffenden Workshop ankreuzen

Name	
Vorname	
ggf. Dienststelle	
Telefon	
E-Mail	



Altenhilfekonferenz 2005
der Landeshauptstadt Dresden am 30. November 2005

TOP	Beginn	Ende	Tagesordnungs- schwerpunkt	Referent/ -in	Moderator/ -in
1.	10:00 Uhr	10:04 Uhr	Begrüßung		Regina Mannel, Paritätischer Wohlfahrtsver- band Sachsen
2.	10:05 Uhr	10:35 Uhr	Einführungsvortrag	Tobias Kogge, Bürgermeister	
3.	10:35 Uhr	11:20 Uhr	Schwerpunktreferat „Medizinische Versor- gungsstrukturen für ältere Patienten in der Landeshauptstadt Dresden“	Frau Dr. med. Naumann, Geriatrische Rehabilitationsklinik DD-Löbtau	
4.	11:20 Uhr	11:35 Uhr	Vorstellung der Work- shopthemen, -referate und -moderationen		Regina Mannel, Paritätischer Wohlfahrtsver- band Sachsen
5.	11:35 Uhr	12:20 Uhr	Mittagspause		
6.	12:20 Uhr	14:45 Uhr	Workshops mit Mög- lichkeit für selbstorga- nisierte Pause		
			W1: Homepage	Grit Hammer, Sozialamt	Thilo Naffin, Sozialarbeiter
			W2: Aktives Altern	Dr. Hartmut Günther, AOK Landesverband	Dr. Rotraut Sawatzki, Seniorenbeirat
			W3: Zukünftige Alte	Dr. Helga Gantz, Regional-, Verkehrs- u. Umweltforschung	Heike Heinze, Jugend&Kunst- schule
			W4: Gütesiegel Be- treutes Wohnen	Monika Supan, Sozialamt	Gesine Marquardt, TU Dresden
			W5: ambulante Be- treuung demen- ziell Erkrankter	Dr. Susanne Cordts, Sozialamt	Elfi Hahnewald, Dresdner Pflege- und Be- treuungsverein
7.	14:50 Uhr	15:10 Uhr	Auswertung der Work- shops; Vorbereitung des Abschlussforums		
8.	15:10 Uhr	15:55 Uhr	Abschlussforum		Regina Mannel, Paritätischer Wohlfahrtsver- band Sachsen
9.	15:55 Uhr	16:00 Uhr	Abschlussworte	Tobias Kogge, Bürgermeister	



Einführungsreferat zur Altenhilfekonferenz 2005

am 30.11.2005 im Festsaal des Dresdener Rathauses

Sehr geehrter Herr Ministerialrat Lütke-meier,
sehr verehrter Herr Dr. Wagner,
sehr geehrte Seniorinnen und Senioren,
werte Anwesende,

ich begrüße Sie recht herzlich zu unserer Altenhilfekonferenz hier im Festsaal des Dresdener Rathauses. Die Adventszeit ist für gewöhnlich viel zu kurz, um bis zum Fest noch alles zu erledigen, wie Geschenke für die Lieben besorgen, Plätzchen backen, die eine oder andere Weihnachtsfeier oder den Striezelmarkt zu besuchen.

Von daher freue ich mich ganz besonders, dass so viele von Ihnen meiner Einladung gefolgt sind, um heute an der Altenhilfekonferenz teilzunehmen.

Es lohnt sich, dieses dreiteilige Wort, zusammengesetzt aus Alten, Hilfe und Konferenz, einmal wörtlich zu betrachten.

Alt werden wollen alle, alt sein will niemand. Dieser Satz ist in unserer Gesellschaft schon fast ein Slogan geworden. Aber - Warum?

Mit dem Altwerden verbinden wir: Sehend, weiser werden. Vom Altsein zeichnet sich uns traditionell ein Bild eines gebrechlichen Menschen, der ein Last für die Gesellschaft darstellt.

Spiegelt diese subjektive Meinung die objektiven Gegebenheiten wider? Ich denke, mit diesem Relikt der Vergangenheit sollten wir uns auseinander setzen!

In der Landeshauptstadt Dresden leben derzeit 133.782 Menschen, die 60 Jahre und älter sind. Das sind rd. 28 % der Gesamtbevölkerung. Viele dieser Seniorinnen und Senioren engagieren sich sehr aktiv und stellen keinesfalls eine Beschweris für die jüngere Generation dar.

Sollte man beim Wissen, dass es in unserer Stadt 59 Menschen gibt, die das einhundertste Lebensjahr vollendet bzw. überschritten haben, von einer Überalterung sprechen? Oder sollten wir uns nicht besser darüber freuen, dass die Lebenserwartung der Dresdner Bevölkerung gestiegen ist. Frauen werden statistisch gesehen 82,9 Jahre und Männer 77,2 Jahre alt. Gegenüber dem Jahr 1990 hat sich damit die Lebenserwartung der Frauen um 5,56 Jahre und das der Männer 5,47 Jahre verlängert.

Natürlich werden wir uns dieser demografischen Entwicklung stellen. Die Prognosen der Kommunalen Statistikstelle belegen, dass sich bis zum Jahr 2020 die Gruppe der 60 bis 64 Jährigen um 19,3 % verringert. Dafür aber wird sich die Zahl der 64 bis 79 Jährigen um 11,3 % und die 80 Jährigen und älteren sogar um 62,0 % erhöhen. Der Anteil der Seniorinnen und Senioren an der Dresdener Bevölkerung wird sich bis 2020 voraussichtlich auf über 30 % (von z. Zt. fast 28 %) erhöhen.

Wird dieses Bevölkerungsdrittel der Hilfe bedürfen?

Mit dem Stadtratsbeschluss des Altenhilfeplanes der Landeshauptstadt Dresden im Jahr 1999 und dessen Fortschreibung 2004 wurden die politischen Rahmenbedingungen für die Altenhilfe bzw. Seniorenpolitik unserer Stadt geschaffen. Durch die Fortschreibung des Altenhilfeplanes ist eine relative Budgetsicherheit zur Basisfinanzierung im Bereich der offenen Altenhilfe erreicht worden.

Im Bereich der offenen Altenhilfe besteht ein sehr breites Angebotsspektrum. Es reicht von niederschweligen Begegnungen über Beratungen bis hin zu passiven und aktiven Hilfsangeboten. In jedem der zehn Ortsamtsbereiche der Landeshauptstadt gibt es mindestens eine kommunale Sozialarbeiterin als Ansprechpartnerin für ältere Menschen und deren Angehörige.

Die Landeshauptstadt Dresden verfügt über vier Beratungsstellen in freier Trägerschaft mit zwei Außenstellen, die im Jahr 2005 mit rund 273.000 € gefördert werden. Seit 1999 wurde die Beratungskapazität durch Aufstockung von Vollbeschäftigungseinheiten erhöht und Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchgesetzt.

Kaum eine andere Stadt kann in seiner Bilanz auf 17 geförderte Seniorenbegegnungsstätten in freier Trägerschaft verweisen. Die Landeshauptstadt Dresden bezuschusst sie in diesem Jahr mit ca. 900.000 €.

Der Erfahrungsaustausch der geförderten Seniorenbegegnungsstätten vom 06. Oktober 2005, initiiert vom Seniorenbeirat der Landeshauptstadt Dresden, hat sich deutlich dafür ausgesprochen, die Seniorenbegegnungsstätten, in Quantität und Qualität zu erhalten und den definierten Leistungstyp umzusetzen. Der Erfahrungsaustausch soll im Zwei-Jahres-Rhythmus weitergeführt werden. Er hat positive Impulse gesetzt und zukunftsorientierte Lösungsansätze angeregt: z. B. eine vernetzte Koordinierung, das stärkere Einbinden von bürgerschaftlichen Engagement und ehrenamtlicher Tätigkeit, das Fördern des aktiven Alterns. Die Teilnehmer haben sich dafür ausgesprochen, die Niederschwelligkeit und die Zielgruppenspezifität der Seniorenbegegnungsstätten zu erhalten. Der zunehmende Anteil der älteren Dresdner Bürgerinnen und Bürger und die sich veränderten Lebenslagen der zukünftigen Seniorengeneration erfordert es zwingend, flexiblere Gesprächs-, Beratungs- und Betreuungsangebote zu fördern bzw. bereitzuhalten.

Darüber hinaus gibt es in großer Anzahl Einrichtungen, in denen Seniorenbegegnung stattfindet, ohne dass eine finanzielle Unterstützung durch das Sozialamt erfolgt. Beispielhaft möchte ich die Begegnungsstätten in Kooperation mit Wohnungsgenossenschaften nennen.

Die Versorgung im Bereich der gerontopsychiatrischen Angebote hat sich in der Landeshauptstadt Dresden nachhaltig verbessert. Neben der gerontopsychiatrischen Tagesstätte im AWO-Sozialzentrum Prohlis und dem ambulant Betreuten Wohnen des Dresdner Pflege- und Betreuungsvereines, zwei BBT-Stellen (Begegnung - Beratung - Tagesstrukturierung), verschiedenen Tagespflegen und niederschweligen Angeboten nach der Betreuungsangebotsverordnung entstanden eine Vielzahl von Aktivitäten und Angehörigenhilfegruppen.

Für die Zielgruppe der demenziell Erkrankten in der Landeshauptstadt Dresden wurde durch das Sozialamt ein Projektvorschlag erarbeitet. Ziel dieses Projektes ist es, ein am individuellen Bedarf ausgerichtetes effektives und wirtschaftliches Netzwerk für die ambulante Betreuung demenziell Erkrankter in unserer Stadt zu schaffen, das für alle Leistungsberechtigten zugänglich ist. Der Projektauftritt wird im Workshop 5 dieser Veranstaltung gegeben, in dem potentielle Akteure ihre Handlungsfelder und Schnittstellen sondieren.

Nicht nur professionelle Akteure leisten sehr gute Arbeit. Eine Vielzahl von Eigeninitiativen und Selbsthilfegruppen bilden den Rahmen für das Aktivieren und Koordinieren des hohen Selbsthilfepotentials der älteren Generation. Finanziell werden sie nur teilweise von der Landeshauptstadt Dresden gefördert. In diesem Jahr stellt die Landeshauptstadt Dresden ca. 20.000 Euro dafür bereit.

Ein hoher Beratungsbedarf besteht neben anderen Bereichen vor allem rund um das Thema Wohnen im Alter. Neben vielen anderen, z. B. freien Trägern, gewährleisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialamtes in den Abteilungen Soziale Dienste und Wohnen sowie des Stadtplanungsamtes in der Abteilung Wohnungsanpassung eine sachgerechte Beratung und persönliche Hilfeleistungen. Notwendige bauliche Maßnahmen können nach der Förderrichtlinie der Landeshauptstadt Dresden zu Maßnahmen der Wohnungsanpassung finanziell unterstützt werden.

Viele Unternehmen der Wohnungswirtschaft richten ihre Angebote gezielt an die Gruppe der Seniorinnen und Senioren, diese als „pflegeleichte“ Mieter schätzend. Es sind nachahmenswerte Beispiele entstanden, die den Verbleib älterer Menschen im angestammten Wohnquartier sichern und deren selbstbestimmte Lebensführung bis ins hohe Alter erhalten.

Das Betreute Wohnen hat sich etwas zum Selbstläufer entwickelt. Trotz verschwommener Begrifflichkeit wird es von potentiellen Nutzern und deren Angehörigen als die Wohnform gehandelt, die bei Hilfe- und Pflegebedarf das Heim ersetzt. Angesichts der Fülle der Angebote in diesem Sektor und der Wunsch nach Markttransparenz, Vergleichbarkeit und Empfehlungen wurde in der Landeshauptstadt Dresden ein Gütesiegel „Betreutes Wohnen“ erarbeitet. Auch darüber kann heute im Rahmen der Workshoparbeit diskutiert werden.

Alternative Angebote wie begleitetes Wohnen und Initiativen von Vereinen wie Alt Werden in Gemeinschaft e. V. und generationsverbindende Wohninitiativen von SIGUS e. V. bereichern die Palette fassettenreich. Inwieweit das klassische Seniorenheim durch diese Wohnformen überflüssig wird, bleibt abzuwarten.

Ist der entstandene Unterstützungsbedarf mit den genannten Mitteln nicht mehr zu decken, kann auf ein flächendeckendes Netz von Hauswirtschaftshilfen, ambulanten Pflegediensten, Kurzzeit- und Tagespflegen innerhalb des Stadtgebietes zurückgegriffen werden.

Durch die bestehenden und in Planung bzw. im Bau befindlichen Pflegeeinrichtungen in der Landeshauptstadt Dresden ist ein sehr hoher Versorgungsgrad im Bereich der teilstationären und stationären Altenhilfe erreicht. Der Bedarf gilt über Jahre hinaus als gedeckt. Der geltende Richtwert liegt bei einer Heimplatzquote von 20 % bezogen auf die Bevölkerung ab einem Alter von achtzig Jahren. Er wird mit unserem Versorgungsgrad von zurzeit 21,9 % überschritten.

Da auch der Tod zum Leben gehört, soll nicht zuletzt erwähnt werden, dass in unserer Stadt der Hospizgedanke intensiv gefördert wird. Ambulante Hospize, Tageshospize und vor allem ehrenamtliche Hospizhelfer in Pflegeheimen sind engagiert in der Sterbebegleitung tätig. Die Landeshauptstadt Dresden unterstützt die Hospizarbeit mit Zuwendungen von 20.000 Euro im Jahr 2005.

Ein wichtiges Ziel der Altenhilfe der Landeshauptstadt Dresden war und ist es, die Angebotsstruktur hinsichtlich Versorgungsgebieten, Leistung und Qualität abzubilden und auszudifferenzieren bzw. ggf. bedarfsgerecht nach sozialräumlichen Aspekten zu ergänzen.

Auf der Grundlage eines Stadtratsbeschlusses des Jahres 2004 haben sich auf Ortsebene zehn örtliche Fachplanungsgremien konstituiert. Die zweite Beratungsrunde ist fast abgeschlossen. In diesen Gremien arbeiten Mitglieder des Seniorenbeirates, des Ortsbeirates, teilweise Vertreter der Ortsämter, die Sozialarbeiter der Offenen Altenhilfe des Sozialamtes, Akteure der örtlichen Altenhilfe, Pflegedienste und -einrichtungen, Kirchgemeinden, etc.

Problemkreise wie Angebotsstrukturen, Wohnen im Alter, Strukturierung des Zuwendungsbereiches, der Leistungstyp Seniorenbegegnungsstätten werden thematisiert und wirken impulsgebend für die Altenhilfearbeit.

Als ein Ergebnis dieser Beratungen ist zum jetzigen Zeitpunkt festzustellen, dass eine einheitliche Geschäftsordnung unter Berücksichtigung der Beratungsergebnisse aller Fachplanungsgremien zielführend erarbeitet und in den nächstmöglichen Zusammenkünften beschlossen werden kann. Um eine effiziente und wirkungsorientierte Arbeitsweise der Gremien zu sichern, wird zu prüfen sein, ob stadtweit relevante Themen durch den Seniorenbeirat gebündelt und in einer gesamtstädtischen Arbeitsgruppe bearbeitet werden können. Deren Ergebnisse sollen dann natürlich in die örtlichen Fachplanungsgremien zurückgegeben werden.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

die Landeshauptstadt Dresden verfügt über ein sehr ausgewogenes Netz an Einrichtungen der Senioren- und Altenhilfe. Oftmals fehlen „nur“ aktuelle, zielgruppenspezifische Informationen darüber. Nicht zuletzt durch die Fachplanungsgremien, durch Seniorinnen und Senioren sowie deren Angehörigen angemahnt, muss diese Informationslücke geschlossen werden. Und sie wird geschlossen: Im Workshop 1 wird die Homepage im Bereich der Altenhilfe vorgestellt und nach Möglichkeiten geforscht, die aktuellen Informationen auch ohne Internet für die unterschiedlichen Interessen verfügbar zu halten.

Kehren wir zurück zur Begrifflichkeit des Alters. Der Erfahrungsaustausch der geförderten Seniorenbegegnungsstätten hat eine breite Diskussion angeregt, sich mit Begrifflichkeiten wie Alter und aktiv Altern auseinanderzusetzen. Längst konzentriert sich die Altenhilfe nicht mehr nur auf die Hilfen schlechthin, sondern hat entsprechend der gesellschaftspolitischen Bedeutung umfassenden und ressortübergreifenden Charakter. Davon zeugt nicht zuletzt die Thematisierung des demographischen Wandels.

Im weiteren Konferenzverlauf freue ich mich auf einen weiterführenden, anregenden Dialog.

Wir können zurecht stolz auf das Erreichte sein. Mein Dank gilt allen Akteure der Senioren – und Altenhilfe, dem Seniorenbeirat der Landeshauptstadt Dresden, den unzähligen ehrenamtlichen Dresdnerinnen und Dresdnern, nicht zuletzt auch Kirchgemeinden, soziokulturelle Einrichtungen und Pflegediensten, die täglich eine engagierte Arbeit leisten. Ich bin sicher, dass wir die anstehenden Aufgaben gemeinsam im Interesse der Seniorinnen und Senioren meistern werden.

Lassen Sie mich meine Ausführungen mit einem Zitat von Simone de Beauvoire beenden:

„Wie müsste eine Gesellschaft beschaffen sein, damit ein Mensch auch im Alter ein Mensch bleiben kann? Die Antwort ist einfach. Er muss schon immer als Mensch behandelt worden sein.“

Ich wünsche der Altenhilfekonferenz 2005 gutes Gelingen, anregende und kreative Diskussionen sowie weitreichende Impulse für die Seniorenpolitik und aber auch für die tägliche Arbeit durch, für und mit den Seniorinnen und Senioren der Landeshauptstadt Dresden.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'T. Kogge', with a stylized, sweeping initial stroke.

Tobias Kogge

Bürgermeister für Soziales
der Landeshauptstadt Dresden



Medizinische Versorgungsstrukturen für ältere Menschen

Altenhilfekonferenz 2005

30. November 2005, Dresden

Dr. med. Christina Naumann

Geriatrische Rehabilitationsklinik Dresden-Löbtau am
Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt



Demografische Entwicklung

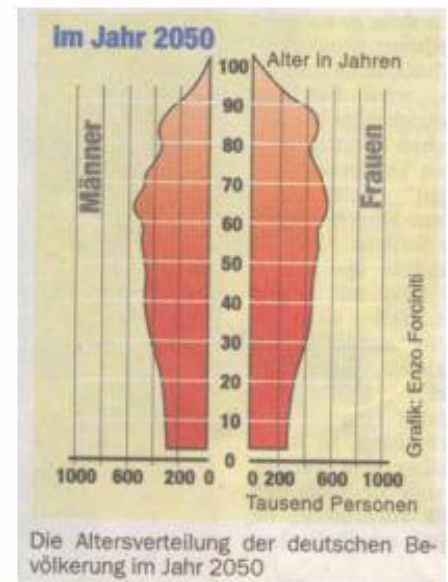
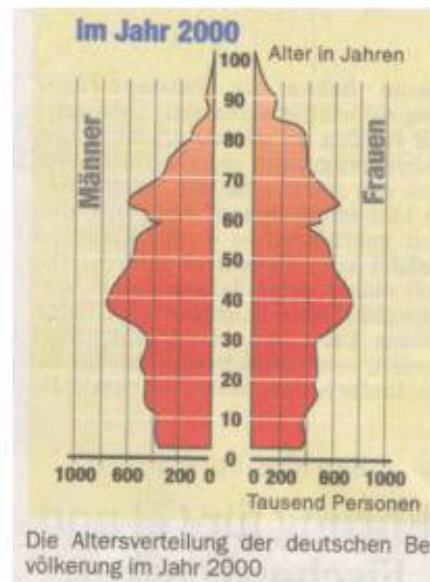
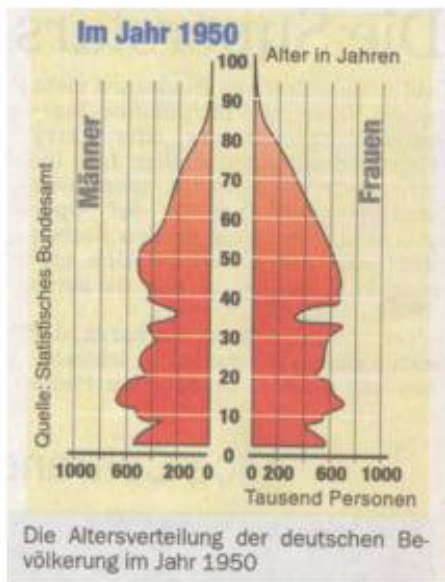
- Die Deutschen werden heute doppelt so alt wie noch vor 100 Jahren.
- Durchschnittliche bzw. mittlere Lebenserwartung (Anzahl der Lebensjahre, die ein Neugeborenes im Mittel zu leben hat):

	Männer	Frauen
• 1890	43,8 Jahre	46,6 Jahre
• 2004	75,9 Jahre	81,5 Jahre
• 2050	81,6 Jahre	86,7 Jahre

- Fernere Lebenserwartung (Anzahl der Lebensjahre, die ein 60jähriger im Mittel noch zu erleben hat):
 - Männer: 20,0 Jahre
 - Frauen: 24,1 Jahre
- Auch zukünftig absolute und relative Zunahme der > 65jährigen zu erwarten.
- Dabei nimmt nicht nur die Gesamtgruppe der älteren Menschen zu, sondern insbesondere die Gruppe der über 85jährigen und auch die Gruppe der über 100jährigen.



Bevölkerungsstruktur im Wandel



Bevölkerungsentwicklung im Freistaat Sachsen

Angaben nach Statistischem Landesamt des Freistaates Sachsen, 1992

Jahr	Einwohner gesamt	davon > 65 Jahre	Anteil > 65 Jahre
1993	4.607.660	751.660	16,3 %
2000	4.510.300	785.500	17,4 %
2010	4.465.100	914.300	20,5 %
2020	4.348.000	940.200	21,6 %
2030	4.109.100	1.021.600	24,9 %
2040	3.886.600	987.900	25,4 %





Das Bild alter Menschen in unserer Gesellschaft

Alle wollen alt werden, aber keiner will alt sein!

Nichts trifft den Menschen so unvorbereitet wie die Erkenntnis, dass er alt geworden ist.





Hilfs- und Pflegebedürftigkeit bei > 70jährigen in % (Berliner Altersstudie)

Hilfs- und Pflege- bedürftigkeit	Männer	Frauen	Gesamt
voll selbständig	76,9	81,1	78,0
hilfsbedürftig	14,7	13,6	14,4
Pflegestufe I	2,1	2,7	2,3
Pflegestufe II	4,1	1,1	3,3
Pflegestufe III	2,2	1,5	2,0



Formen des Alters

- **Kalendarisches Lebensalter**
definiert durch die Anzahl der Lebensjahre
- **Biologisches Lebensalter**
bestimmt durch den Zustand des Körpers und des Geistes



Erfolgreiches Altern

- = Altwerden bei körperlichem und seelischem Wohlbefinden
- Es kommt dabei nicht darauf an, dass wir immer älter werden, sondern wie wir alt werden.
- Ist es möglich, die gewonnenen Jahre bei guter Gesundheit, sozialer Integration und guten geistigen Fähigkeiten zu nutzen?
- Voraussetzungen: Verbesserte soziale, ökonomische und medizinische Verhältnisse
- Gesundes Altwerden ist eine lebenslange Aufgabe, die schon in der Kindheit beginnt und sich bis ins hohe Alter fortsetzt.
 - Vermeidung von Risikofaktoren,
 - Gesunde Ernährung,
 - Verzicht auf Drogen, Nikotin und Alkohol,
 - Notwendigkeit körperlicher Bewegung,
 - Hygiene (Zahn- und Mundpflege eingeschlossen),
 - Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen,
 - Entwicklung von Fähigkeiten, sich mit Stress und Belastungen auseinanderzusetzen.
- Vorbedingungen für erfolgreiches Altern werden also schon weit vor Eintritt ins Rentenalter geschaffen.





„Junge Alte“

- Junge Alte sind jene älteren Menschen, die, unabhängig vom kalendarischen Alter, körperlich und geistig noch gut beisammen, biologisch also jung, reiselustig und kulturell interessiert sind.
- Beispiel: Astronaut John Glenn, der mit 76 Jahren nochmals ins All flog
- Überschreiten der sog. „Altersgrenze“ mit Erreichen des Rentenalters bedeutet heutzutage für viele Menschen:
 - einen neuen Lebensabschnitt zu beginnen,
 - eine „späte Freiheit“ zu gewinnen, lang gehegte Pläne zu realisieren,
 - Reisen zu unternehmen,
 - Neues zu ergründen.







Ein geriatrischer Patient ist:

- in der Regel ein biologisch älterer Patient,
- der zur Multimorbidität neigt,
- der Probleme im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich aufweist,
- der durch altersbedingte Funktionseinschränkungen bei Erkrankungen akut gefährdet ist,
- der durch sog. "geriatrische I's" charakterisiert wird :
 - Immobilität
 - Instabilität
 - Intellektueller Abbau
 - Inkontinenz
 - Iatrogene Störungen
- und der deshalb vom Verlust seiner Selbständigkeit und seiner sozialen Kompetenz sowie von Pflegebedürftigkeit bedroht ist.





Gesundheit und Krankheit im Alter

- Gesundheit und Krankheit im Alter haben eine andere Dimension als in jüngeren Jahren.
- Der alte Mensch betrachtet sich in der Regel so lange als gesund, wie er für seine Bedürfnisse selbständig sorgen kann.
- Wichtigstes Kriterium für Lebensqualität und Lebenszufriedenheit im Alter ist deshalb die Erhaltung der Selbständigkeit in der gewohnten häuslichen Umgebung.
- Mit dem Verlust dieser Selbständigkeit kommt es zur:
 - Isolation
 - zum Abbau der sozialen Bindungen,
 - zur Reduktion der Bedürfnisse,
 - das Leben verliert schließlich das Lebenswerte





Besonderheiten des biologisch älteren Patienten

- Vorhandensein von mehreren, sich wechselseitig beeinflussenden Erkrankungen und Behinderungen (Multimorbidität)



Multimorbidität im Alter

- Multimorbidität des alternden Menschen bedeutet, dass häufiger mehrere Krankheiten mit unterschiedlicher Bedeutung für den Patienten angetroffen werden und zwar hinsichtlich
 - Lebenserwartung,
 - Leidensdruck und
 - Auswirkung auf die soziale Kompetenz.
- Aber nicht alle diese Erkrankungen sind auch gleichzeitig behandlungsbedürftig.
- Typische Konstellation:
 - deutlichen Einschränkungen der physiologischen oder funktionellen Reserven
 - chronische Leiden mit Krankheitswert
 - akute Verschlechterungen dieser chronischen Leiden
 - akute Erkrankungen
 - Funktionseinschränkungen als Krankheitsfolge
 - chronische Leiden ohne Krankheitswert





Die Internationale Klassifikation der Schädigungen, Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH)

- **Krankheit (Disease)**
- **Schädigung (Impairment)**
 - Störung der Motorik
 - Störung der Sensibilität
 - Neuropsychologische Störungen
 - Extremitätenverlust
- **Funktionsbeeinträchtigung (Disability)**
 - Hilfebedürftigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
 - Nahrungsaufnahme
 - Körperpflege
 - An- und Ausziehen
 - Einschränkungen der Mobilität
 - Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit der Hände
 - Einschränkung der Kommunikation
- **Behinderung (Handicap)**
 - Beeinträchtigung der Selbständigkeit und der Selbstversorgungsfähigkeit
 - Beeinträchtigung Beeinträchtigung der sozialen Kompetenz
 - Vereinsamung und Isolation
 - Aufgabe von Hobbys





Besonderheiten des biologisch älteren Patienten

- Vorhandensein von mehreren, sich wechselseitig beeinflussenden Erkrankungen und Behinderungen (Multimorbidität)
- **Uncharakteristische und unspezifische Symptomatik von Krankheiten**
- **Geriatrische Leitsyndrome**



Geriatrische Leitsyndrome

- Bei Patienten im hohen Alter münden zahlreiche verschiedene Ursachen (Krankheiten und altersbedingte Funktionsänderungen) zunehmend häufiger in eine unspezifische Symptomatik.
- Geriatrische Leitsyndrome
 - Immobilität
 - Instabilität
 - Intellektueller Abbau
 - Inkontinenz
 - **Iatrogene Störungen** (Einwirkungen und Folgen medizinischer Maßnahmen)
- Geriatrischen Leitsyndrome sind häufig direkt oder indirekt Ursache für Hilfsbedürftigkeit, Abhängigkeit und damit dauernde Pflegebedürftigkeit.
- Sie treten z.T. auch nur passager bei akuten Erkrankungen auf und sind dann z.T. die einzige hinweisende Symptomatik.
- Auch wenn diese Leitsyndrome Folgen eines chronischen Abbauprozesses sind, können sie erfolgreich behandelt werden.



Geriatrische Leitsyndrome

„Fünf geriatrische Riesen“

Fünf geriatrische „I“s

- **Immobilität**
 - Verordnete Bettruhe
 - Medikamentöse Ruhigstellung
 - Erkrankungen des Bewegungsapparates
 - Lähmungen
 - Beeinträchtigungen des Antriebs und der Orientierung
- **Instabilität**
 - Gangstörungen
 - Schwindel
 - Stürze
- **Intellektueller Abbau**
 - Dementielle Prozesse
 - Delirante Zustandsbilder (Akute Verwirrheitszustände)
- **Inkontinenz:** Verlust der willkürlichen Kontrolle über Urin- und Stuhlabgang
- **Iatrogene Störungen:** Einwirkungen und Folgen medizinischer Maßnahmen
 - Unerwünschte Arzneimittelwirkungen
 - Komplikationen in Zusammenhang mit diagnostischen und therapeutischen Eingriffen
 - Schäden durch Immobilisierung
 - Schäden durch unsachgemäße Pflegemaßnahmen





Besonderheiten des biologisch älteren Patienten

- Vorhandensein von mehreren, sich wechselseitig beeinflussenden Erkrankungen und Behinderungen (Multimorbidität)
- Uncharakteristische und unspezifische Symptomatik von Krankheiten
- Geriatrische Leitsyndrome
- **Veränderte Arzneimittelwirkungen**
- **Gehäuftes Auftreten von Komplikationen**
- **Verlängerte Heilungs- und Rekonvaleszenzphase**
- **Wechselseitige Beeinflussung von körperlichen und psychischen Faktoren**
- **Geschwächte soziale Netzwerke**



Konsequenz

- **Notwendigkeit spezifischer Betreuungs- und Organisationsformen.**
- **Unverzichtbar ist dabei eine ganzheitliche Therapiekonzeption, die, neben medizinischen v.a. auch rehabilitative, psychologische und soziale Aspekte berücksichtigen muss.**
- **Für diese älteren und betagten Patienten kann die klassische, auf Heilung ausgerichtete, organbezogene Medizin meist keine Heilung anbieten.**
- **Vielmehr ist ein Paradigmenwechsel im medizinischen Denken notwendig, nämlich weg von einer krankheitsorientierten hin zu einer krankheitsfolgenorientierten Medizin mit Betonung präventiver und rehabilitativer Elemente.**





Definition Geriatrie

Geriatrie ist

- jene umfassende Form der Medizin für den älteren und betagten Patienten,
- die speziell altersbedingte physiologische und pathologische Veränderungen berücksichtigt und
- gleichzeitig psychologische und soziale Aspekte mit einschließt.

Klinische Geriatrie ist also keineswegs nur Innere Medizin für betagte Patienten, sondern

- altersadaptierte,
- ganzheitliche,
- fächerübergreifende Medizin
- mit anderen Mitteln und höherer Effizienz.





Geriatrische Betreuung zielt stets darauf ab:

- **Krankheitsfolgen zu bewältigen und schwere Funktionsbeeinträchtigungen zu vermindern**
- **die Selbstversorgungsfähigkeit aufrecht zu erhalten bzw. wiederherzustellen**
- **Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu vermindern bzw. hinauszuzögern**
- **die Rückkehr in die gewohnte häusliche Umgebung zu ermöglichen und damit**
- **die Lebensqualität und Lebenszufriedenheit der Patienten zu erhalten bzw. wiederherzustellen**





Indikationen für eine geriatrische Behandlung

Erkrankungen,

- die ohne entsprechende Intervention regelmäßig zu bleibenden funktionellen Defiziten führen, z.B.
 - Schlaganfall
 - Schenkelhalsbruch
 - Amputation

- die durch Immobilisierung zu bleibenden Funktionsstörungen und zum dauerhaften Verlust der Selbstversorgungsfähigkeit führen



Indikationen für eine geriatrische Betreuung

- Schlaganfall
- Operativ oder konservativ behandelte Knochenbrüche (v.a. Schenkelhalsbrüche)
- Amputation an den unteren Extremitäten
- Zustand nach Endoprothesenimplantation (v.a. Hüfte, Knie)
- Chronische degenerative Gelenkerkrankungen und -veränderungen
- Spätfolgen von Stoffwechselerkrankungen, z.B. Diabetes mellitus
- Parkinson-Syndrom
- verzögerte Rekonvaleszenz nach größeren operativen Eingriffen
- Immobilität und eingeschränkte Leistungsfähigkeit nach schweren internistischen Erkrankungen, z.B.
 - Herzinfarkt
 - Herzinsuffizienz
 - Pneumonie
 - Sepsis und andere Infektionen





Geriatrie in Deutschland

- Akutgeriatrie § 39 SGB V
 - Aufnahme akut erkrankter geriatrischer Patienten
 - Es besteht akutstationärer Diagnostik- und Behandlungsbedarf.
 - Gleichzeitig rehabilitative Maßnahmen: aktivierende Pflege, Krankengymnastik.
 - Direktzuweisung über Hausarzt oder Notarzt
 - Direktübernahme von anderen Krankenhausstationen
 - Krankenhausübliche Finanzierung (DRG-System: Geriatrische Komplexbehandlung)
- Rehabilitative Geriatrie § 40 SGB V
 - Erkrankung mit Rehabilitationsbedarf steht im Vordergrund.
 - Gesamtes Spektrum rehabilitativer Maßnahmen steht zur Verfügung.
 - Aber oft sind zusätzlich medizinische Maßnahmen erforderlich:
 - Diagnostische Maßnahmen bei wesentlichen Begleiterkrankungen
 - Behandlung wesentlicher Begleiterkrankungen
 - Behandlung von Komplikationen
 - Zuweisung nur nach vorheriger Kostenübernahme durch die Krankenkasse
 - Rehabilitationsübliche Finanzierung





Entwicklung der Geriatrie in Deutschland

Situation in Sachsen

Akutgeriatrische Einrichtungen

- stationär
 - Dresden
 - KH Dresden-Neustadt
 - Universität Dresden
 - Chemnitz
 - Erlabrunn
 - Görlitz
 - Leipzig
 - Riesa
- teilstationär
 - Leipzig
 - Görlitz

Rehabilitative Geriatrien

- stationär
 - Dresden-Löbtau
 - Radeburg
 - Chemnitz
 - Zwenkau
 - Leipzig
- teilstationär
 - Chemnitz
- ambulant
 - Leipzig



Grundprinzipien geriatrischer Betreuung

- Ganzheitliche, sich aber auf das Notwendige beschränkende medizinische Diagnostik und Therapie
- Von Anfang an zielorientierte Interpretation und Bewertung der erhobenen Befunde
- Konsequente Teamarbeit
- Systematisch strukturierte und umfassende Informationserhebung (Geriatrisches Assessment)
- Intensive Angehörigenarbeit
- Sorgfältige Berücksichtigung der besonderen Probleme an den sog. Versorgungsschnittstellen (Aufnahme, Entlassung)





Das therapeutische Team in der Geriatrie

- Arzt
- Pflegepersonal
- Physiotherapeuten
- Ergotherapeuten
- Logopäden
- Psychologen
- Sozialarbeiter
- Angehörige



Bestandteile der geriatrischen Betreuung

- Ganzheitliche medizinische Diagnostik und Therapie
- Aktivierend - therapeutische Pflege
- Krankengymnastik
- Ergotherapie
- Logopädie
- Physikalische Therapiemaßnahmen
- Neuropsychologische Diagnostik und Therapie
- Psychologische Betreuung
- Sozialarbeit
- Hilfsmittelanpassung und -schulung
- Beratung und Schulung von Patienten und Angehörigen





Teamarbeit in der Geriatrie

Das Team arbeitet **interdisziplinär**, d.h.

- nach einheitlichen therapeutischen Konzepten
- in kontinuierlicher Abstimmung
- mit einheitlicher Begrifflichkeit und Dokumentation
- mit führungstechnisch geregelter Struktur (unter ärztlicher Leitung) und
- nach einem gemeinsamen Standard und nach gemeinsamen Zielen





Geriater

Spezialisierte Generalisten

- Geriater sind im allgemeinen Internisten.
- Geriater müssen über spezifische Kenntnisse der Altersmedizin verfügen, z.B.:
 - Altersphysiologische Veränderungen
 - Spezifische Aspekte der Pharmakotherapie im Alter
 - Atypische Symptompräsentation
 - Geriatrische Syndrome
- Darüber hinaus ist ein breites fachübergreifendes medizinisches Basiswissen mit besonderen Schwerpunkten auf der Neurologie, Traumatologie, Orthopädie, Gerontopsychiatrie und Urologie notwendig:
 - Diagnostik und Therapie bei Verwirrheitszuständen
 - Diagnostik und Therapie bei Harninkontinenz
 - Behandlung des Schlaganfalls im Alter
- Bei speziellen Fragestellungen zieht der Geriater Fachkollegen anderer Gebiete zu Rate.
- Geriater als sog. „case-manager“







Das Pflegepersonal in der Geriatrie

Soviel Hilfe wie nötig – soviel Selbständigkeit wie möglich

Der funktionelle Zustand des Patienten bestimmt das Tätigkeitsprofil des Pflegepersonals in der Geriatrie:

- **Grundpflege**
- **Durchführung prophylaktischer Maßnahmen**
 - Pneumonieprophylaxe
 - Thromboembolieprophylaxe
 - Dekubitusprophylaxe
 - Kontrakturprophylaxe
- **Behandlungspflege, z.B.:**
 - Verbandswechsel
 - Insulin- und Heparininjektionen
 - Vorbereitung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen
- **Aktivierend - therapeutische Pflege**





Inhalte der aktivierend - therapeutischen Pflege:

- **Anleitung und Hilfe zur Selbsthilfe:** die Patienten werden dazu angehalten, alles das selber zu tun, wozu sie in der Lage sind (ADL-Training)

Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) Activities of daily life (ADL)

- **Essen**
- **Körperpflege**
- **An- und Auskleiden**
- **Toilettenbenutzung**
- **Selbständiges Baden/Duschen**
- **Bett-Rollstuhl-Transfer**





Inhalte der aktivierend - therapeutischen Pflege

- **Anleitung und Hilfe zur Selbsthilfe (ADL-Training):** die Patienten werden dazu angehalten, alles das selber zu tun, wozu sie in der Lage sind, z.B.
 - nicht den Patienten waschen, sondern ihn dazu anleiten, sich selbst zu waschen
 - Hilfestellung beim Anziehen („Kleider machen Leute“)
 - nicht füttern oder „Häppchen richten“, sondern den Patienten zur selbständigen Zubereitung und Einnahme der Mahlzeiten anleiten
- **Mobilisation**
- **Hilfestellung beim Wiedererlernen der Kontrolle über Körperfunktionen (z.B. Toilettentraining)**
- **Psychologische Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung**
- **Förderung der Motivation**
- **Förderung der Kommunikation**
- **Gestaltung und Koordination des Tagesablaufs**
- **Angehörigenanleitung und -schulung**









Krankengymnastik

Bewegung ist Leben

- Die Krankengymnastik stellt einen wesentlichen Pfeiler jeder geriatrischen Behandlung dar.
- Die Krankengymnastik nutzt Bewegung - vornehmlich die Eigenaktivität des Patienten - als Therapie.
- Die verschiedenen angebotenen Therapieformen dienen
 - der Überwindung von Immobilität,
 - der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit sowie
 - dem gezielten Training alltagsrelevanter Bewegungen (komplexe Alltagsabläufe stehen im Mittelpunkt, z.B. Aufstehen vom Stuhl, Treppen steigen)
- Eine adäquate, auf die häusliche Situation abgestimmte Versorgung mit Fortbewegungshilfsmitteln und die Schulung des Patienten im Umgang damit ist ebenfalls Aufgabe der Krankengymnastik.















Ergotherapie

Fit für den Alltag

- Ziel: Wiedererlangung größtmöglicher körperlicher, geistiger und sozialer Selbständigkeit.
- Dabei finden die individuellen Bedürfnisse und das soziale Umfeld größtmögliche Berücksichtigung.
- Bestandteile der Ergotherapie:
 - Wiedererlernen alltagspraktischer Fertigkeiten
 - Waschen / Anziehen
 - Essen
 - Küchentätigkeiten
 - Haushalttraining
 - Motorisch - funktionelles Training mit Schwerpunkt auf der Schulter-Arm- Funktion
 - Handwerkliche und spielerische Tätigkeiten
 - Diagnostik und Therapie neuropsychologischer Störungen (z.B. Störungen der Handlungsplanung, Wahrnehmungsstörungen)
 - Hirnleistungstraining
 - Verordnung und Anpassung individuell ausgetesteter Hilfsmittel (z.B. Einhänderbrett, Anziehhilfen)











Logopädie

In Kontakt mit der Umwelt bleiben

- Diagnostik und Therapie von Sprachstörungen
- Diagnostik und Therapie von Sprech- und Stimmstörungen
- Aufbau von nicht-sprachlichen Verständigungsformen, z.B. Gestik
- Diagnostik und Therapie von Kau- und Schluckstörungen (oft zusammen mit Ergotherapie)
- Beratung und Schulung der Angehörigen und des Teams







Psychologe

Therapie für Geist und Seele

- **Neuropsychologische Diagnostik und Therapie**
 - Störungen höherer Hirnleistungen (sog. neuropsychologische Störungen)
 - Merkfähigkeit
 - Wahrnehmung
 - Handlungsplanung
- **Diagnostik und Therapie bei Hirnleistungsstörungen (v.a. dementiellen Prozessen)**
- **Diagnostik und Therapie bei seelischen Erkrankungen (v.a. Depressionen)**
- **Vermittlung von Krankheitsverarbeitungsstrategien**
- **Angehörigenberatung**







Sozialarbeit

Brücke zurück in die Selbständigkeit

- Unterstützung von Patienten und Angehörigen mit dem Ziel:
 - der Reintegration in den bisherigen gewohnten Lebensbereich oder
 - der Vorbereitung auf eine neue Lebenssituation, z.B. die Aufnahme in ein Senioren- oder Pflegeheim
- Vorbereitung auf die Entlassung ins häusliche Umfeld
 - Vermittlung eines ambulanten Pflegedienstes
 - Vermittlung hauswirtschaftlicher Hilfen
 - Vermittlung von Essen auf Rädern
 - Organisation der rehabilitativen Weiterbehandlung
- Weiterhin gehört zu den Aufgaben des Sozialdienstes:
 - Krankheits- und Konfliktverarbeitung
 - Beratung und Hilfe in sozialmedizinischen Angelegenheiten
 - Beantragung von Pflegegeld
 - Beantragung eines Behindertenausweises
 - Beratung über Sozialhilfeleistungen







Behandlungsverlauf

- In den ersten Tagen nach der Aufnahme untersuchen die Mitglieder der verschiedenen Berufsgruppen den Patienten
 - fachgebietsspezifische Befundung
 - in standardisierter Form: Geriatrisches Assessment
- Die Befunde werden zusammengetragen und daraus ein Behandlungsziel formuliert, das an den Bedürfnissen von Patient und Angehörigen orientiert sein muss.
Beachtung:
 - der Ausgangssituation,
 - des aktuellen Zustandes und
 - der Wertigkeit bestimmter Defizite für die Lebenssituation des Patienten



Das geriatrische Assessment

- = umfassende Beurteilung, Befundaufnahme
- = Oberbegriff für das diagnostische Instrumentarium in der Geriatrie.
- Es umfasst organmedizinische, kognitiv-mentale, psychische, soziale und umgebungsbezogene Bereiche.
- Es geht letztlich darum die z.T. verborgenen Funktionsdefizite, aber auch die vorhandenen Potentialen und Ressourcen, an denen die Therapie ansetzen kann, aufzuzeigen.
- Die Therapieansätze für geriatrische Patienten werden damit deutlich problemorientierter und bedarfsgerechter.
- Die Patientenversorgung wird damit individueller und effektiver.



Das geriatrische Assessment

- **Geriatrisches Screening nach LACHS**
 - erfasst in einem Fragebogentest wesentliche geriatrische Risikofaktoren, wie Hör- und Sehstörungen, Stürze, Schmerzen, Untergewicht
- **BARTHEL-Index**
 - Beurteilung der grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens
- **Mini-Mental-Examination FOLSTEIN**
 - Screening-Test zur Beurteilung der Hirnleistung
- **Geriatrische Depressionsskala**
- **Motilitätstest TINETTI**
 - Beurteilung von Gang- und Balancefähigkeit, Beurteilung des Sturzrisikos
- **Sozialfragebogen**
- **Performance-Aufgaben**
 - Beurteilung feinmotorischer und kognitiver Fähigkeiten





Mögliche Rehabilitationsziele

- **Völlige Wiederherstellung von Selbständigkeit und sozialer Aktivität**
 - Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel
 - Telefonieren
 - Kochen
 - Umgang mit Geld
- **Selbständigkeit im gewohnten häuslichen Milieu**
- **Verbesserung der Steh- und Gehfähigkeit**
 - Gehfähigkeit innerhalb und außerhalb der Wohnung
 - Gehfähigkeit über mehrere Treppenstufen
- **Verbesserung des Bett-Rollstuhl-Transfers**
- **Befähigung zur Bewältigung von Alltagsaktivitäten** (Ankleiden, Körperpflege, Nahrungsaufnahme)
- **Erlernen des Umgangs mit Hilfsmitteln**
- **Herstellung von Rollstuhlmobilität**
- **Verbesserung spezifischer Fähigkeiten** (z.B. Schreiben)
- **Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit**
- **Psychische Stabilisierung, Bekämpfung von Angst und Depression**
- **Wiederherstellen von Genussfähigkeit** (z.B. Sicherung der oralen Nahrungsaufnahme) 



Behandlungsverlauf

- In den ersten Tagen nach der Aufnahme untersuchen die Mitglieder der verschiedenen Berufsgruppen den Patienten
 - fachgebietsspezifischen Befundung
 - in standardisierter Form: Geriatrisches Assessment
- Die Befunde werden zusammengetragen und daraus ein Behandlungsziel formuliert, das an den Bedürfnissen von Patient und Angehörigen orientiert sein muss. Beachtung:
 - der Ausgangssituation,
 - des aktuellen Zustandes und
 - der Wertigkeit bestimmter Defizite für die Lebenssituation des Patienten
- Erstellung eines detaillierten Rehabilitationsplanes auf der Basis des Behandlungszieles
- Konsequente Nutzung vorhandener Ressourcen und Potentiale
- Konsequente Teamarbeit
- Intensive Angehörigenarbeit
- Intensive Kommunikation (Teamberatungen, Rehabilitationsvisiten)



Kommunikation innerhalb des Teams

- Realisierung des Informationsaustausches:
 - wöchentliche Teambesprechung oder Rehabilitationsvisite
 - tägliche morgendliche Teambesprechung
 - Kommunikation über den „kurzen Dienstweg“ direkt am Patienten
- Wöchentliche Teambesprechung in Anwesenheit aller für den Patienten relevanter Berufsgruppen
- Zusammenfassung, Diskussion und Dokumentation der Arbeit der einzelnen Teammitglieder
- Festlegung des weiteren therapeutischen Vorgehens
- Wenn notwendig: Korrektur des Behandlungsziels



Wie unterscheidet sich die geriatrische Rehabilitation von einer „normalen“ Rehabilitation?

- Keine Trennung von Behinderungen, akuten und chronischen Krankheitsprozessen möglich.
- Oft erhebliche Beeinflussung des Rehabilitationsablaufes durch (internistische) Begleiterkrankungen und Komplikationen.
- Zumindest anfangs in hohem Maße Pflege, ärztliche Zuwendung und Therapie notwendig.
- Oft zusätzliche psychologische, kognitive und soziale Probleme.
- Die Rehabilitation muss sich an den individuellen Voraussetzungen und Lebensgeschichten der alten Menschen orientieren.
- **Es reicht also nicht, ein erkranktes Organsystem zu rehabilitieren, sondern es handelt sich immer um die „Rehabilitation der ganzen Person“!**





Geriatrische Rehabilitationsklinik Dresden-Löbtau

- Die Geriatrische Rehabilitationsklinik ist inmitten der denkmalgeschützten Gesamtanlage des Seniorenparks Löbtau gelegen.
- Eröffnung im Mai 2000.
- Rehabilitationsklinik gehört infrastrukturell und verwaltungstechnisch zum Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt.
- Modellprojekt für eine durchgängige, nach einheitlichen Behandlungskonzepten gestaltete Betreuung älterer und betagter Patienten
(in enger Kooperation mit der akutgeriatrischen Abteilung am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt)
- **Ausschließlich mit Fördermitteln errichtet :**
 - Bundesministerium für Arbeit
 - Sächsische Staatsministerium für Gesundheit und Soziales
 - Stadt Dresden
- Die Klinik verfügt über 80 stationäre Betten auf 3 Stationen.

















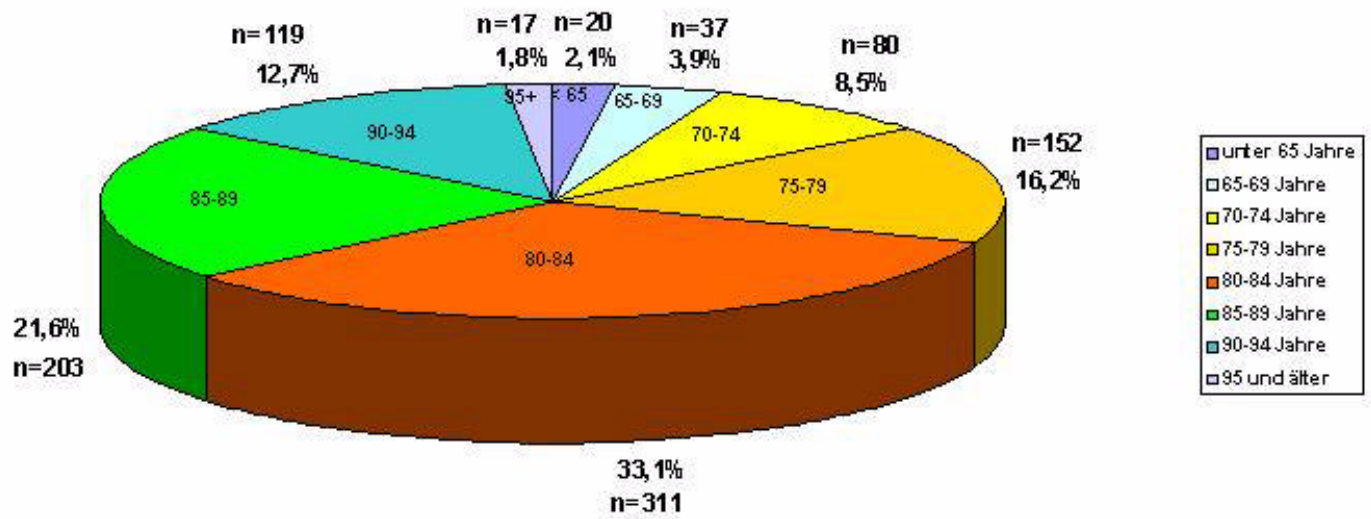




Statistische Daten der Geriatriischen Rehabilitationskliniken Sachsens 2004
 Auswertung im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms des MDK und der Krankenkassen

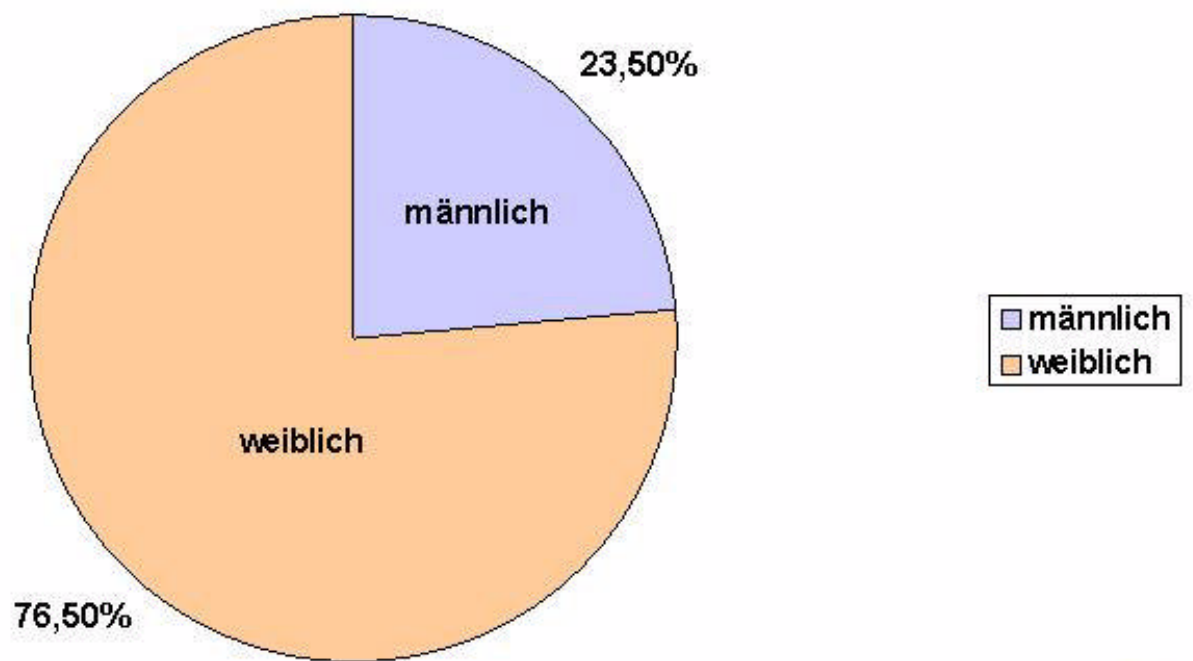


Altersstruktur 2004 (n = 939)

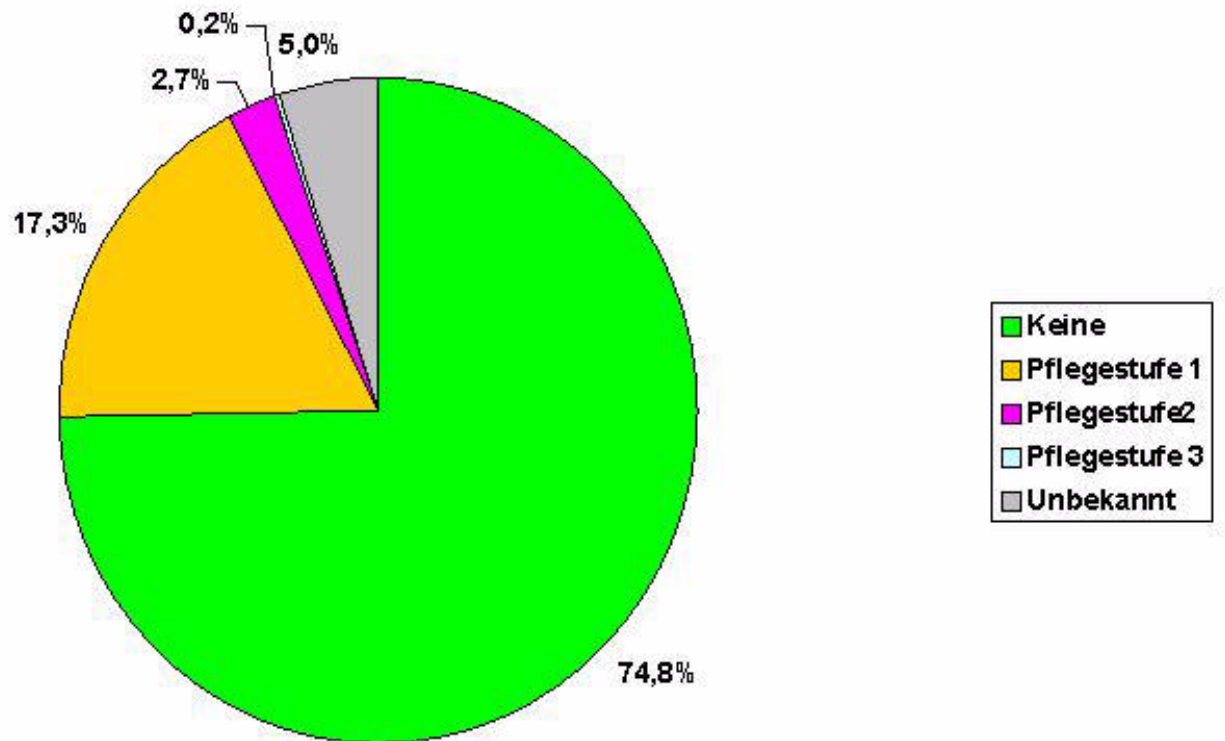


Durchschnittsalter: 81,9 Jahre

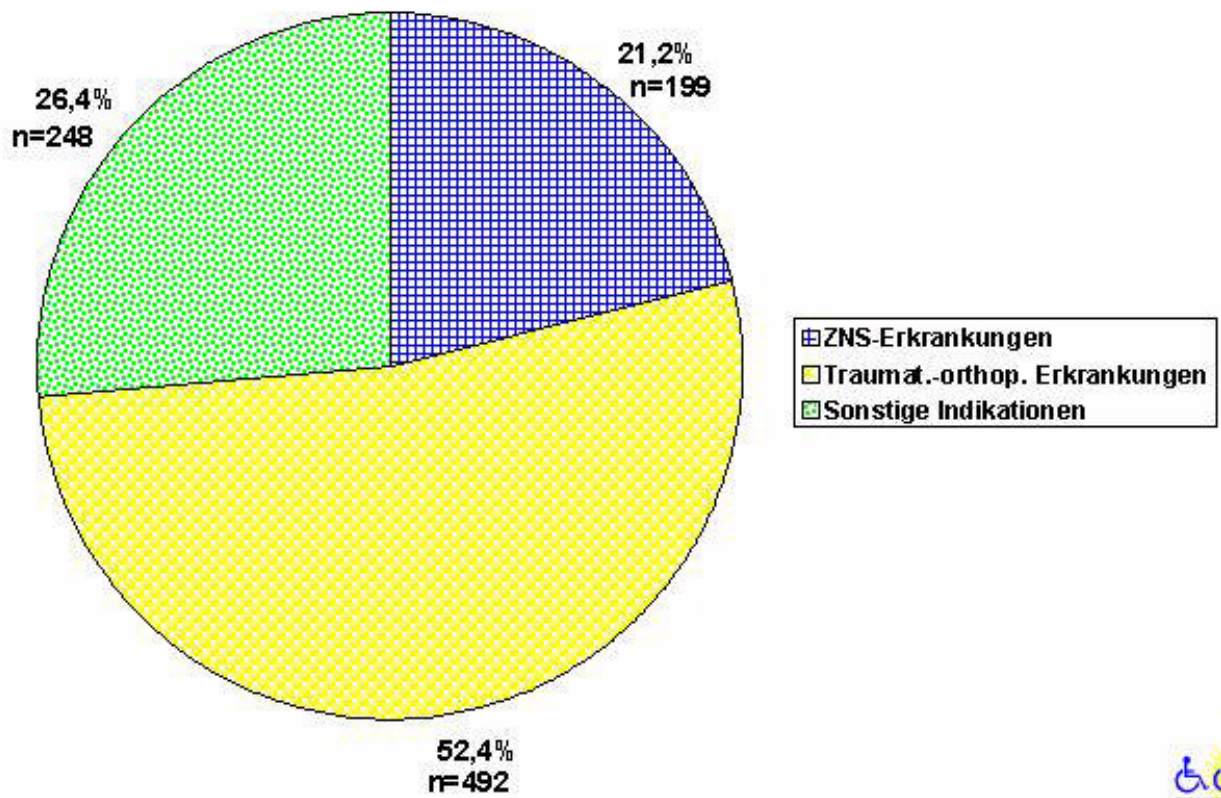
Geschlechtsverteilung 2004 (n = 939)



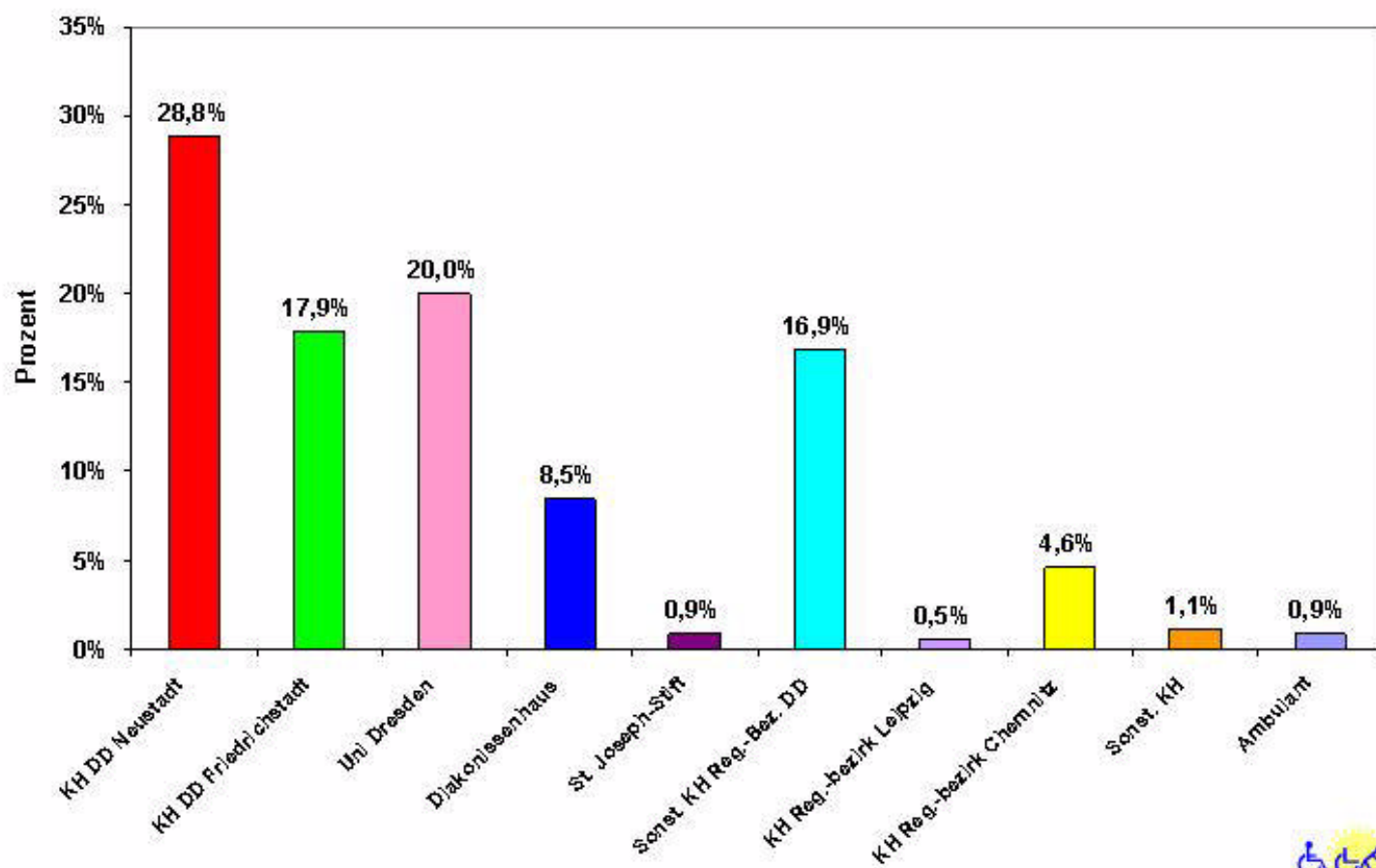
Pflegestufe bei Aufnahme 2004 (n = 939)



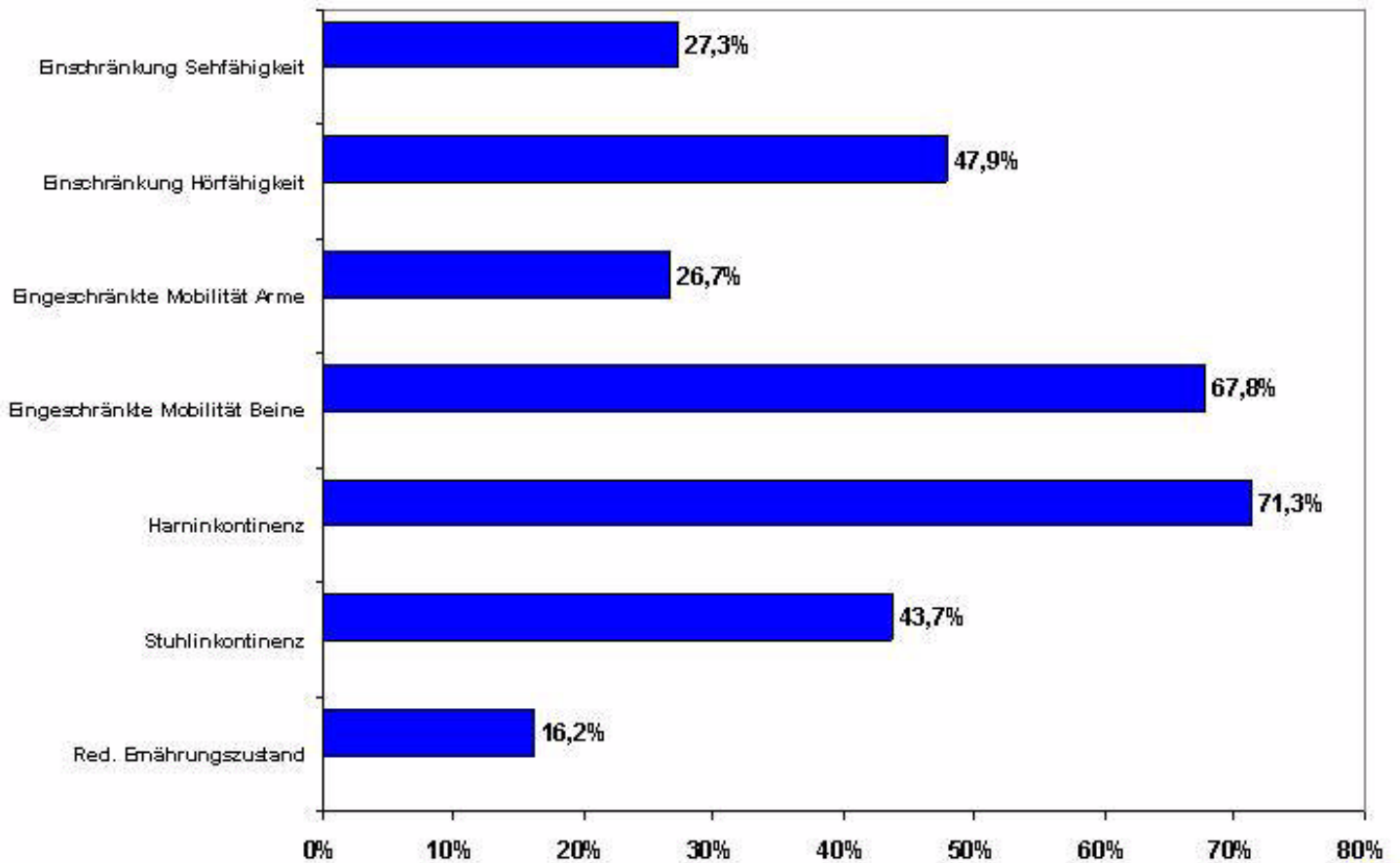
Rehabilitationsbegründende Diagnosen 2004 (n = 939)



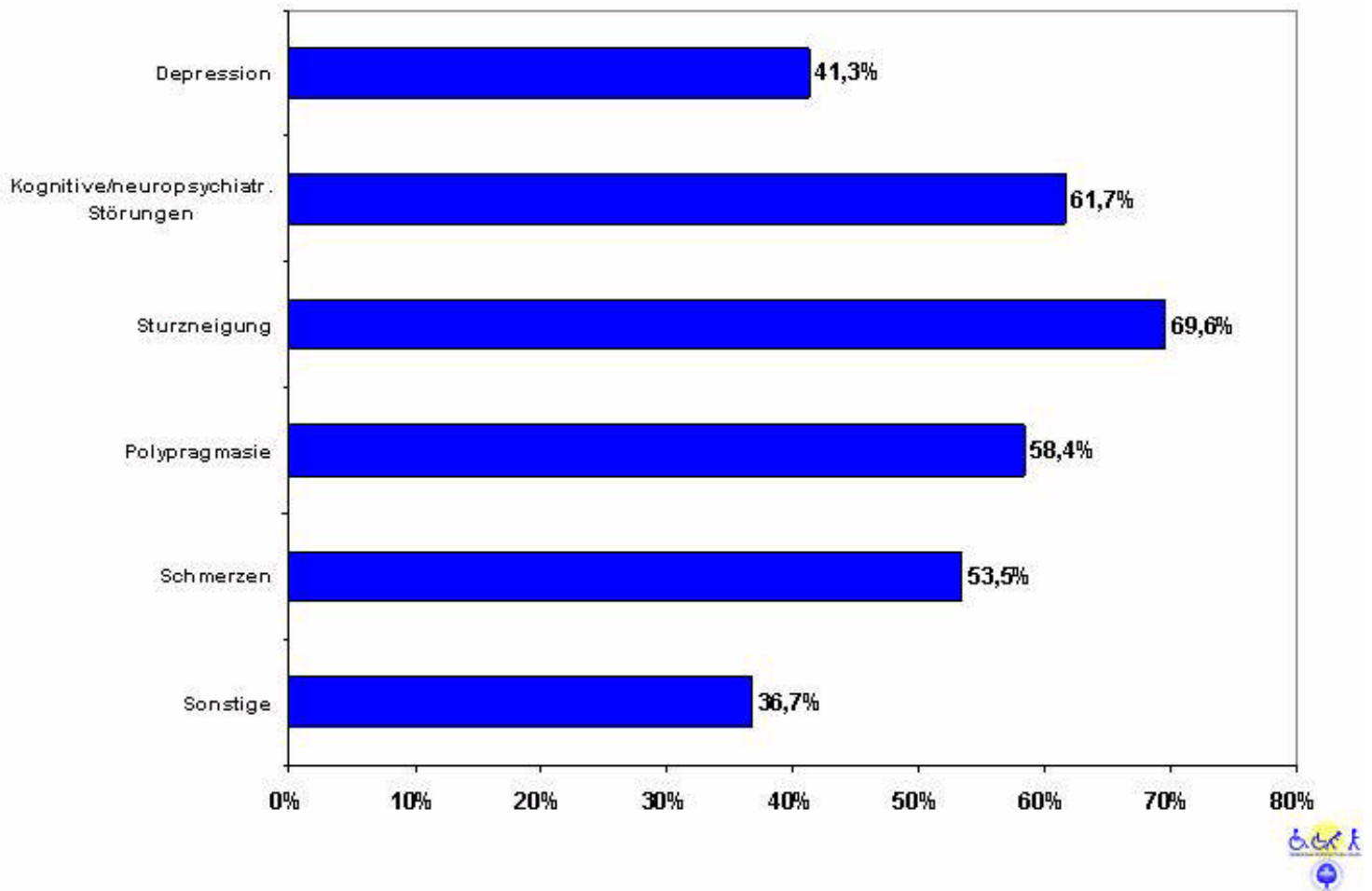
Unmittelbare Herkunft 2004 (n = 939)



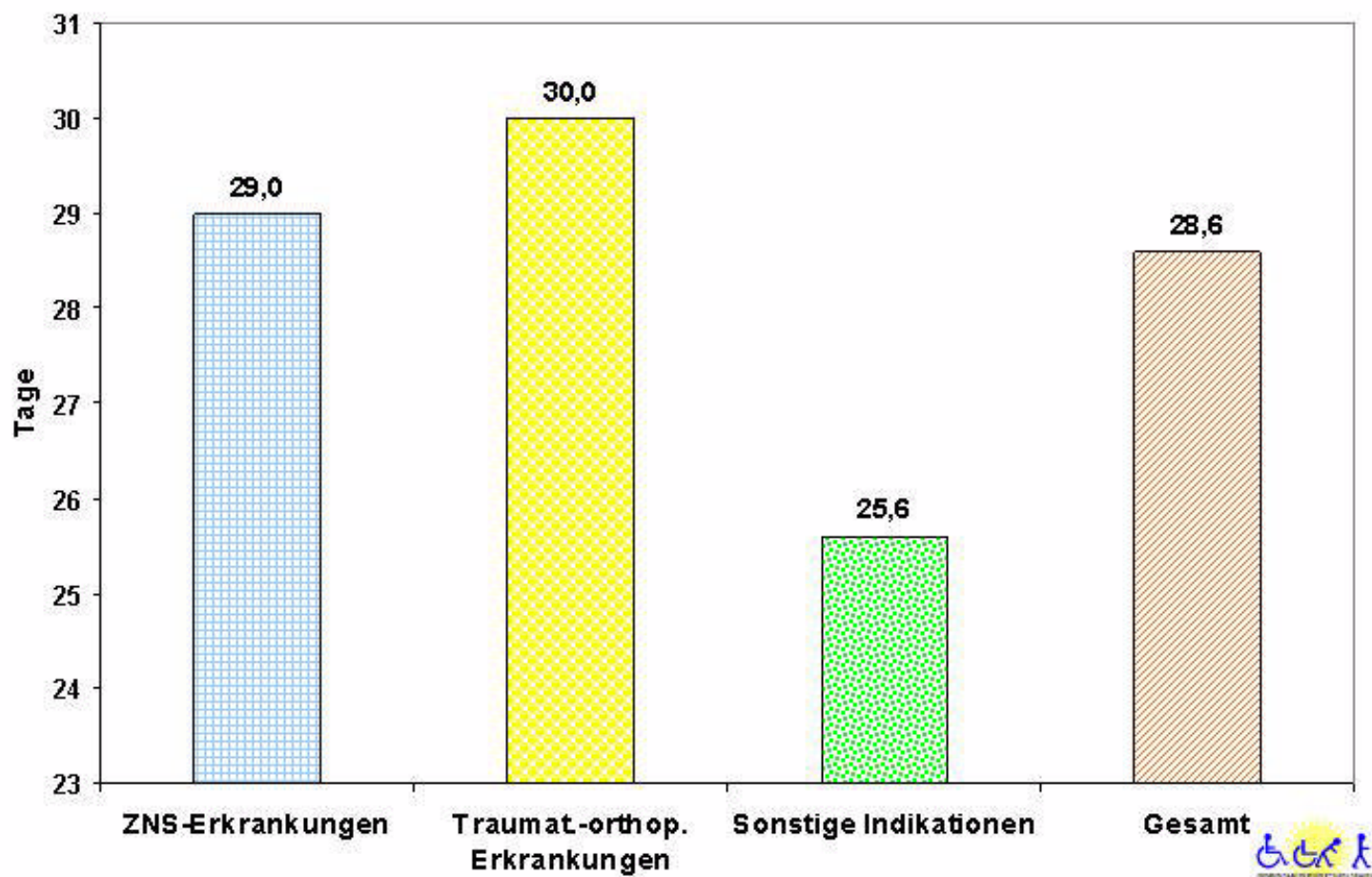
Bei Aufnahme bestehende Problembereiche und / oder Einschränkungen, die den Rehabilitationsverlauf beeinträchtigen (2004; n = 939) Teil 1



Bei Aufnahme bestehende Problembereiche und / oder Einschränkungen, die den Rehabilitationsverlauf beeinträchtigen (2004; n = 939) Teil 2



Indikationsabhängige Verweildauer 2004 (n = 939)



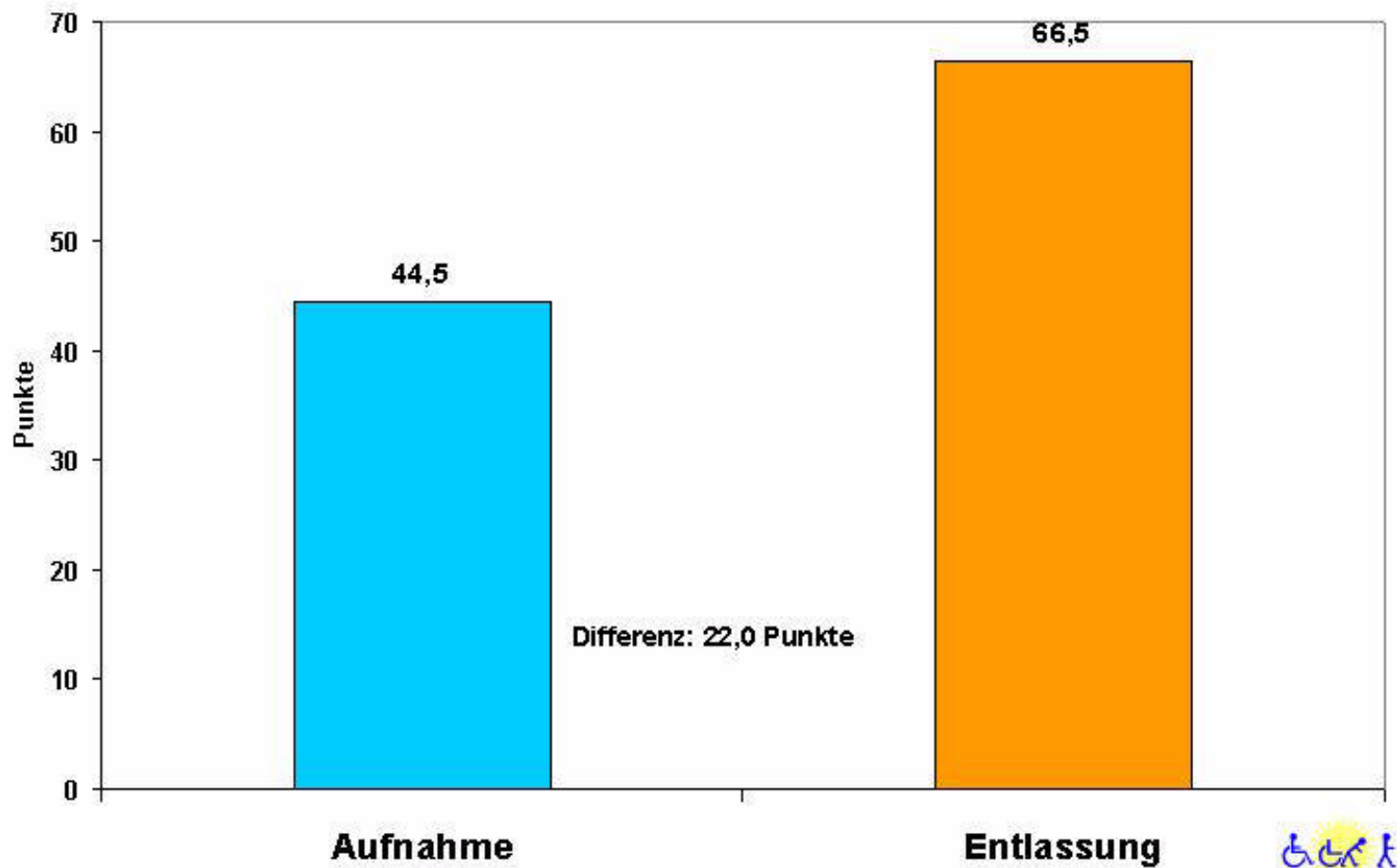


Barthel-Index

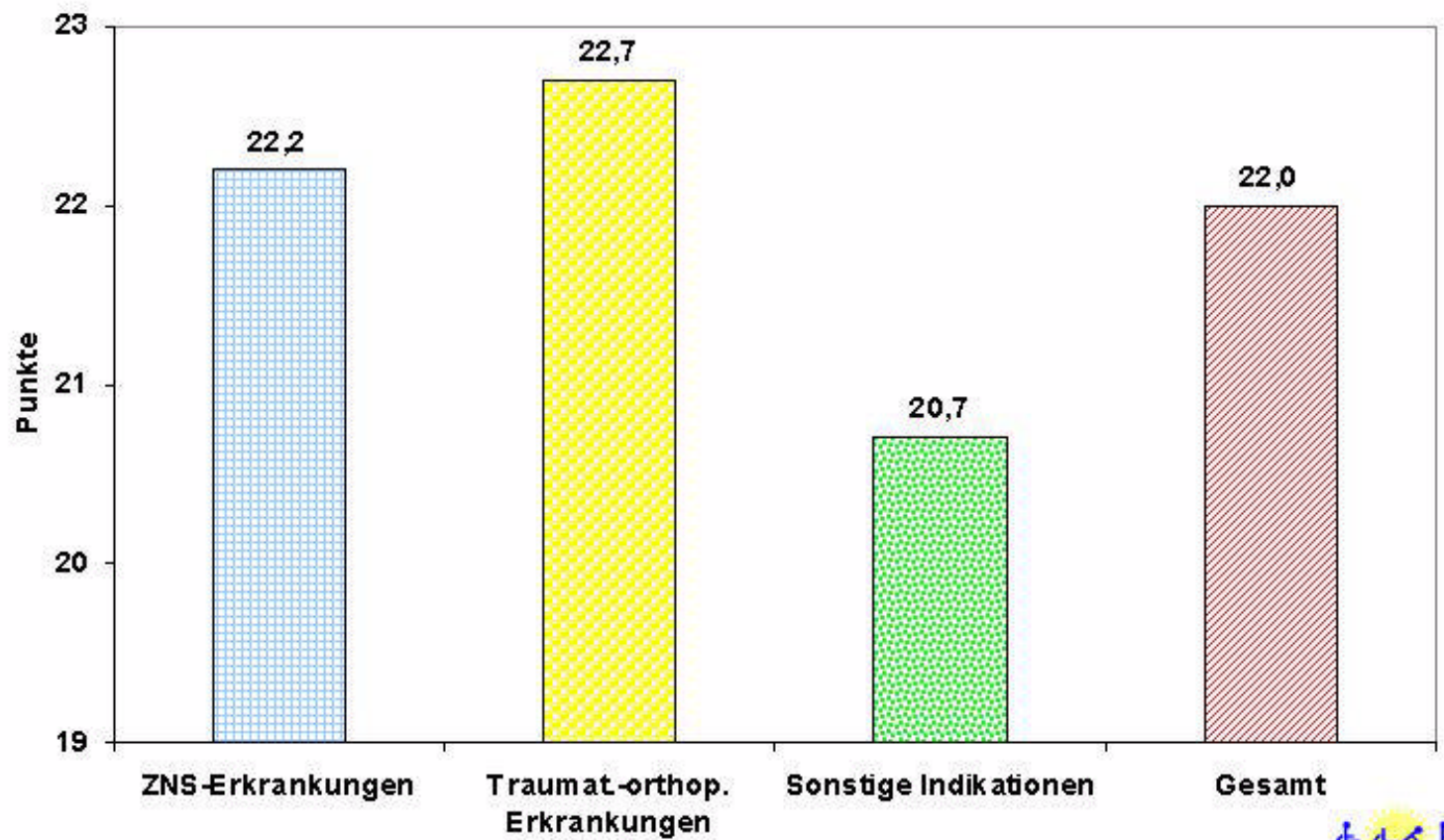
- Der Barthel Index ist “gold standard” für die Bewertung grundlegender Alltagsaktivitäten
- Folgende Aktivitäten des täglichen Lebens werden beurteilt :

Essen	Gehen auf Flurebene
Bett-Rollstuhl-Transfer	Treppensteigen
Körperpflege	An- und Auskleiden
Toilettenbenutzung	Stuhlkontinenz
Selbständiges Baden	Harnkontinenz
- Maximal können 100 Punkte vergeben werden.
- 100 Punkte: Der Proband ist in den Basisaktivitäten des täglichen Lebens weitgehend unabhängig. Hauswirtschaftshilfe kann aber erforderlich sein.

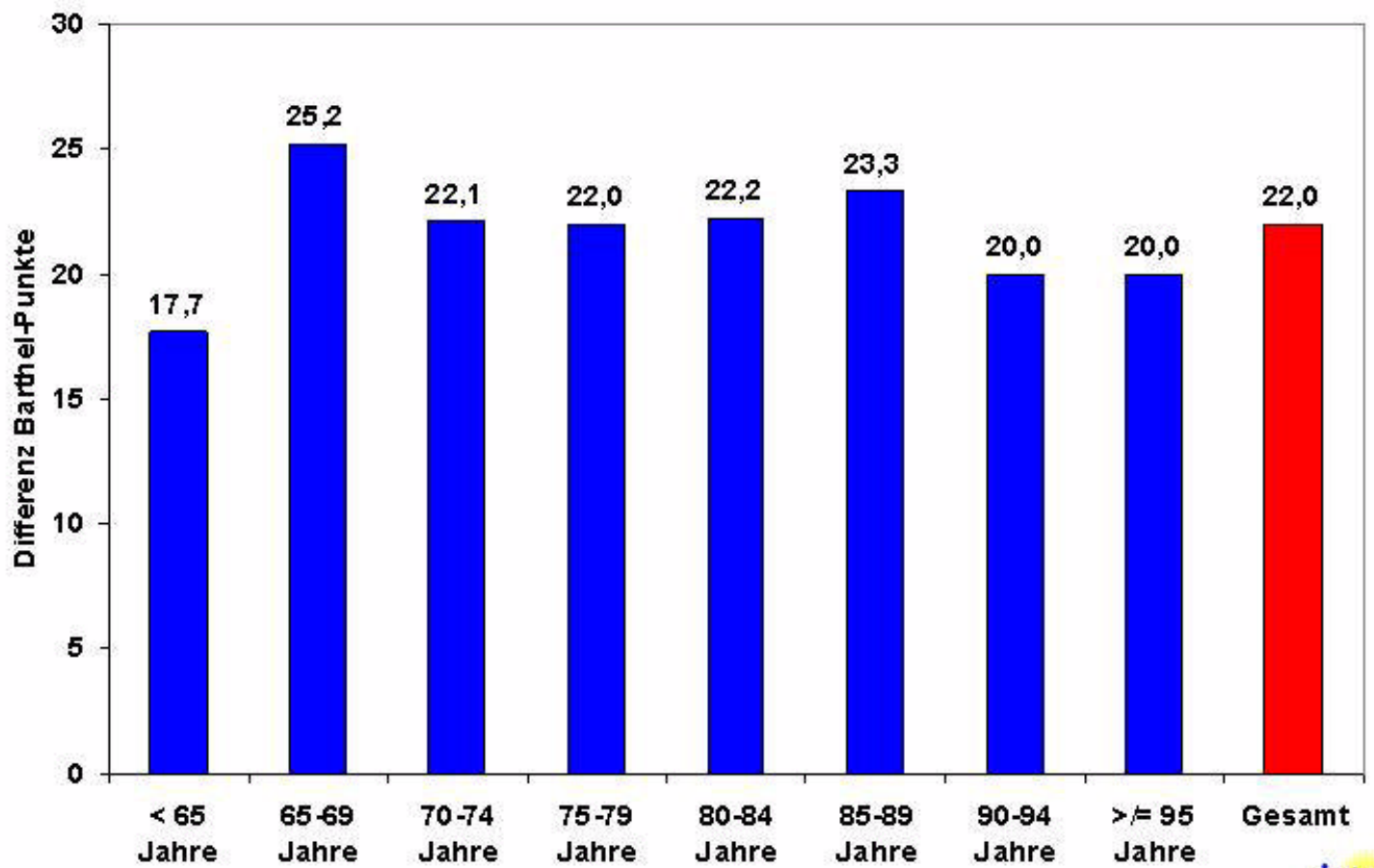
Barthel-Index bei Aufnahme und Entlassung 2004 (n = 924)



Indikationsabhängige Veränderung des Barthel-Index 2004 (n = 924)



Altersabhängige Veränderung des Barthel-Index 2004 (n = 924)



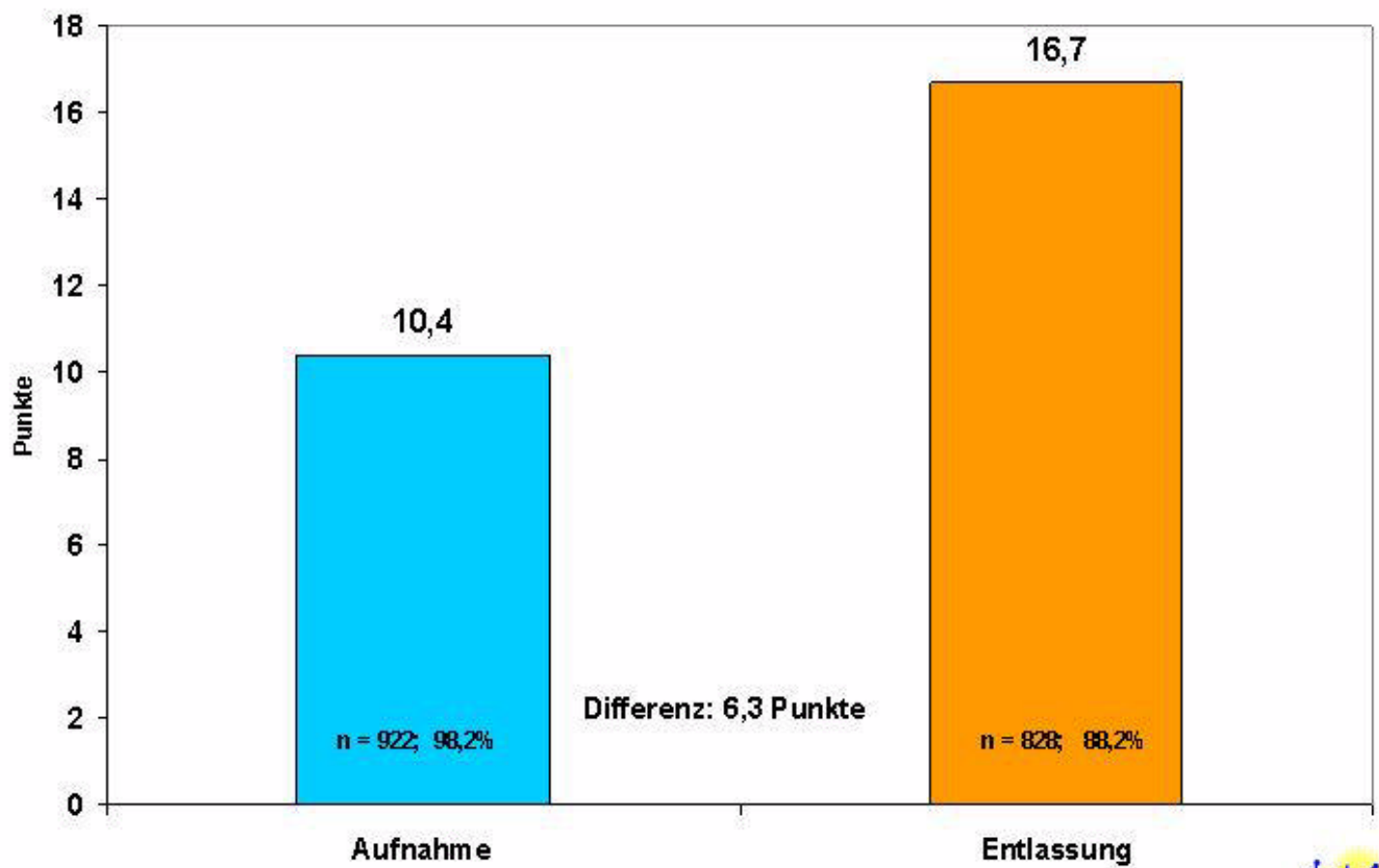


Motilitätstest nach TINETTI

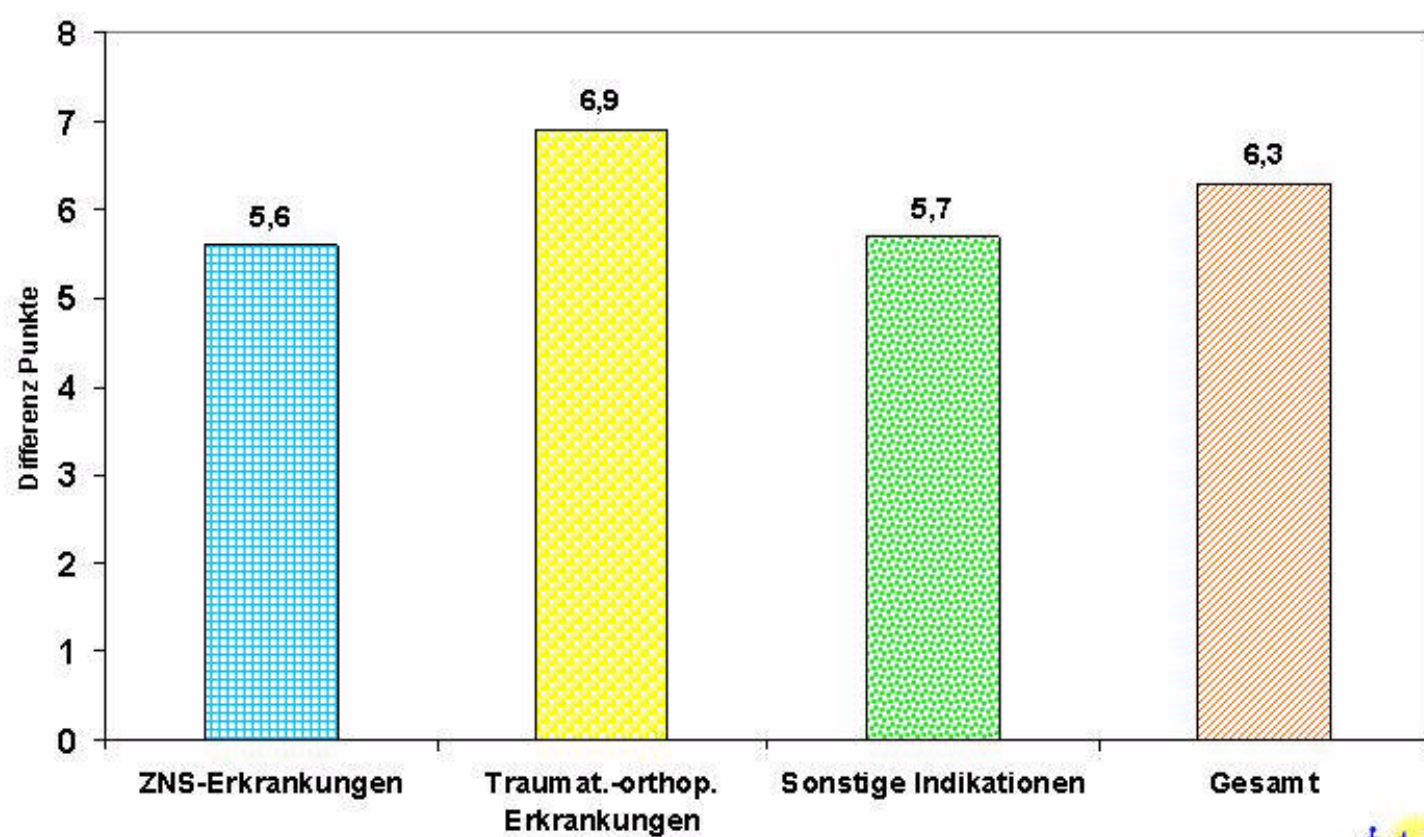
- Test zur Beurteilung der Mobilität
- Der Motilitätstest wird in der Regel von den Physiotherapeuten durchgeführt.
- Es werden einzelne Funktionen der Mobilität nach bestimmten Kriterien und mit Hilfe eines vorgegebenen Punktescores analysiert:
 - Stand
 - Balance
 - Gang
 - Aufstehen
 - Drehen auf der Stelle
 - Hinsetzen
- Ergebnisinterpretation:
 - Anhand der Gesamtpunktzahl wird die aktuelle Sturzgefährdung beurteilt.
 - Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt 28 Punkte.
 - Eine unter 20 erniedrigte Punktzahl sagt ein erhöhtes Sturzrisiko vorher.



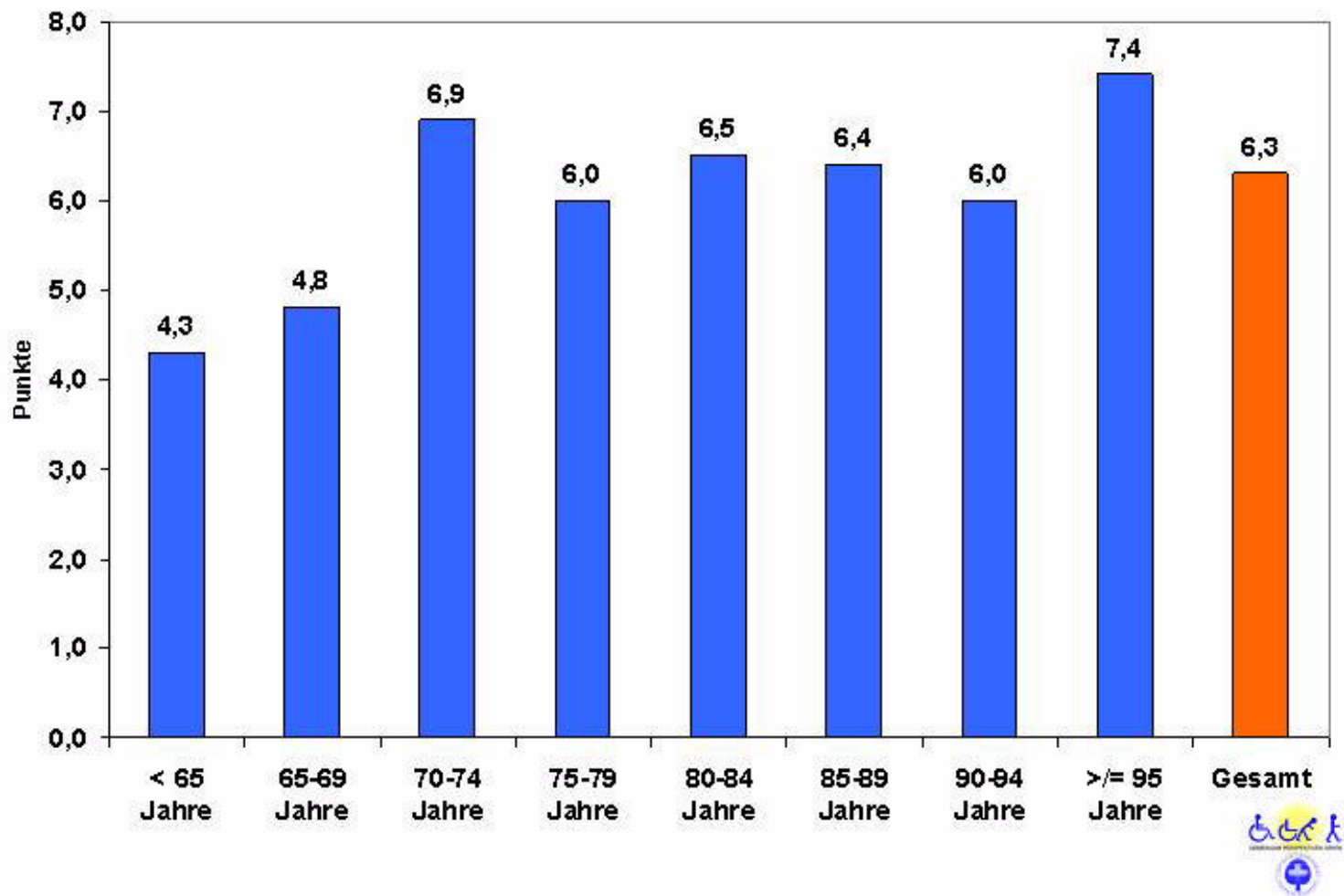
Veränderung Motilitätstest TINETTI 2004



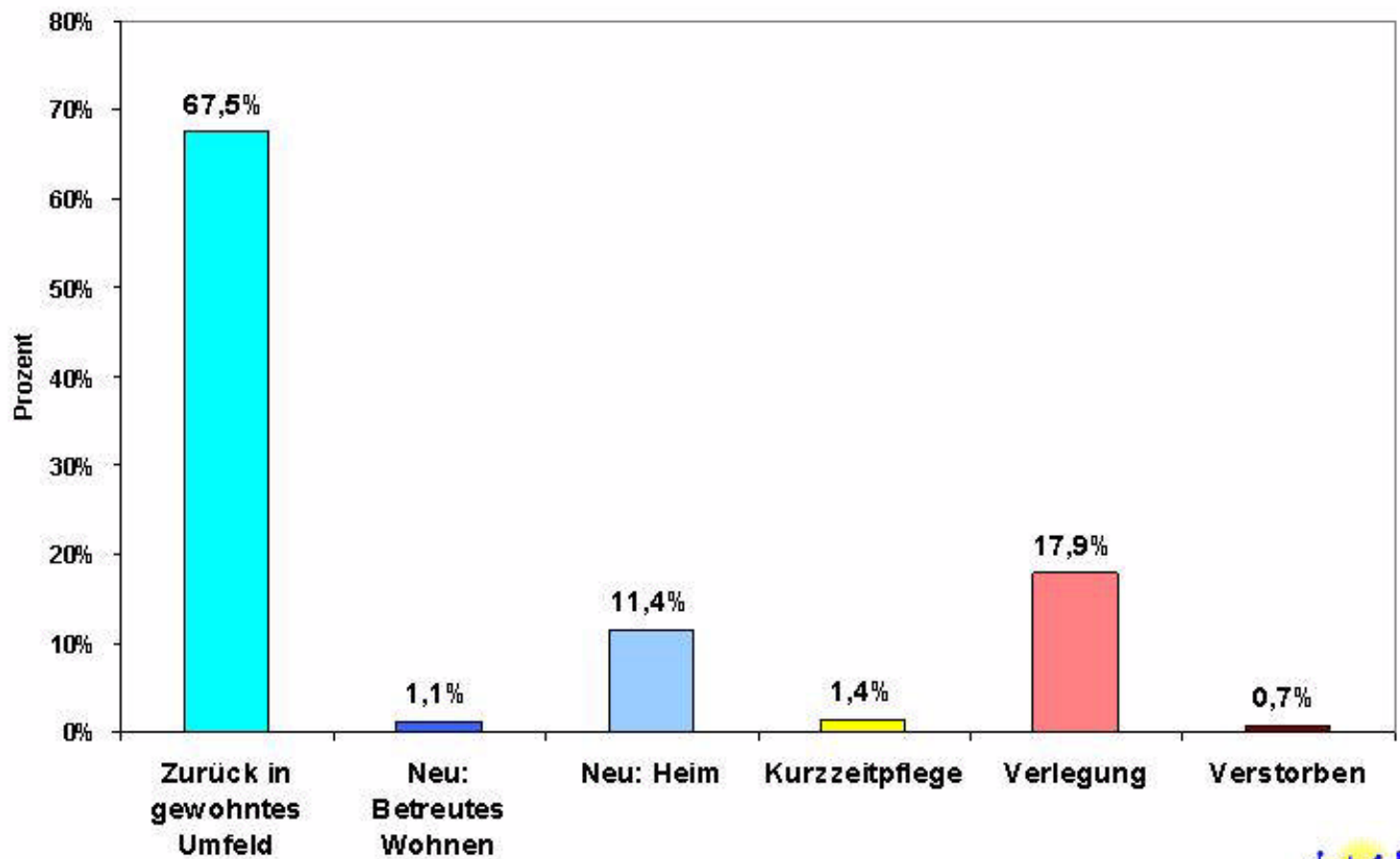
Indikationsabhängige Veränderung Motilitätstest TINETTI 2004



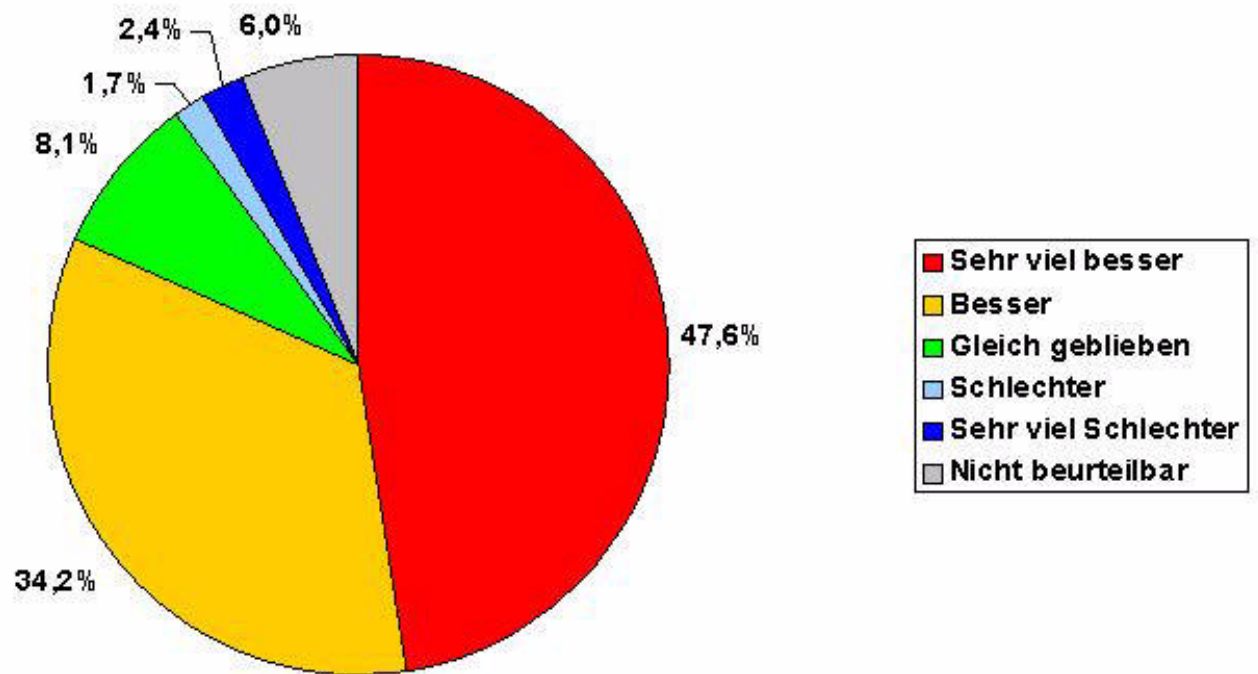
Altersabhängige Veränderung Motilitätstest TINETTI 2004



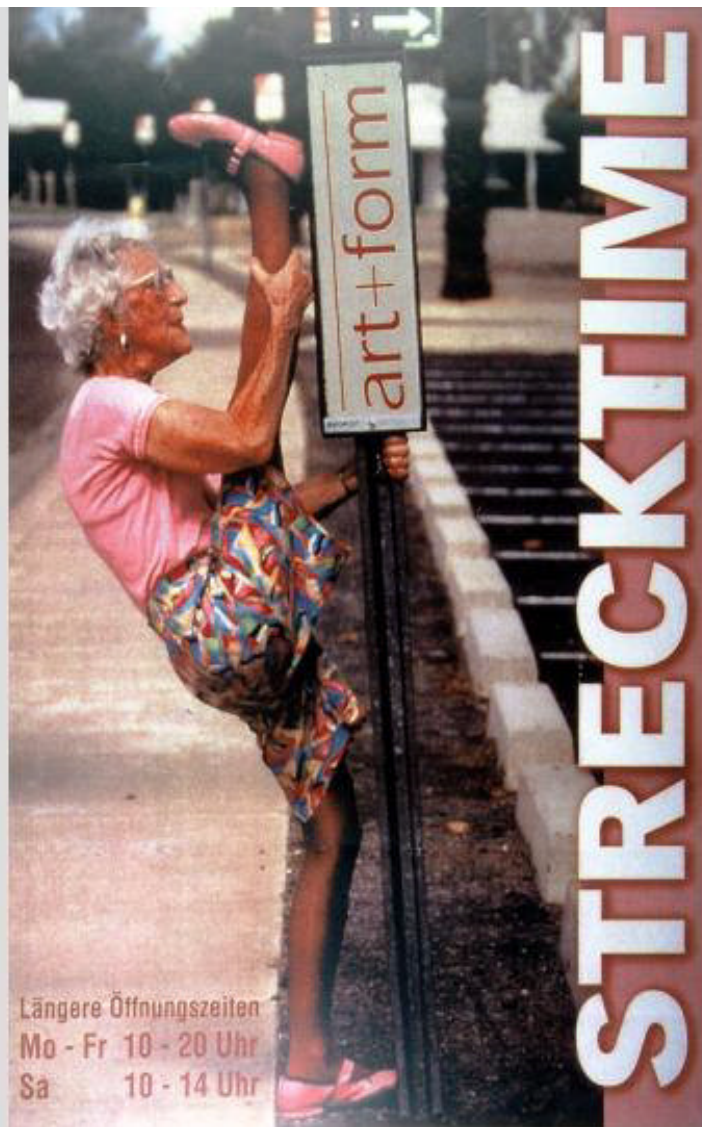
Entlassungsart 2004 (n = 939)



Beurteilung des Rehabilitationsverlaufes nach Einschätzung des therapeutischen Teams 2004

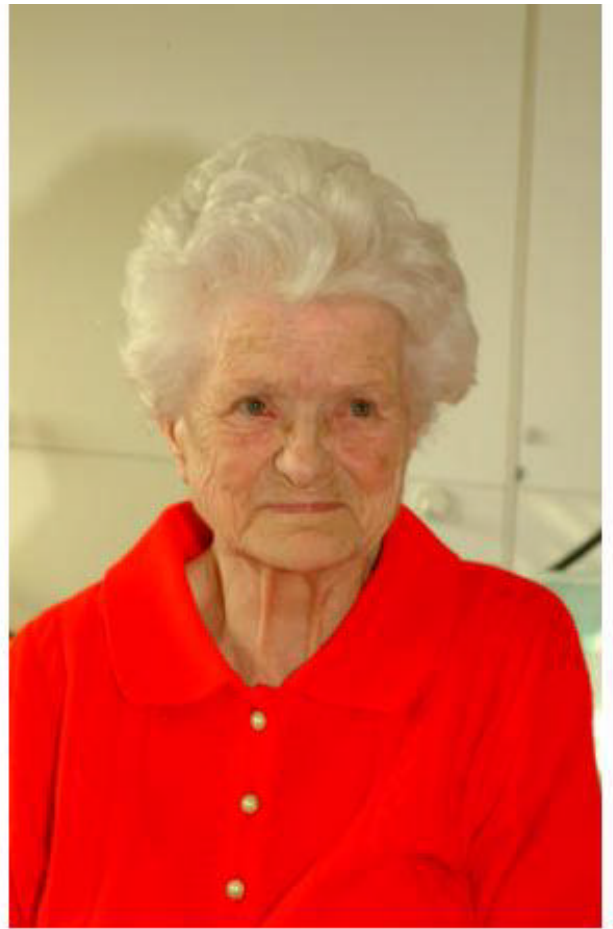






Längere Öffnungszeiten
Mo - Fr 10 - 20 Uhr
Sa 10 - 14 Uhr

STRECKTIME



**NICHT NUR DEM LEBEN JAHRE GEBEN,
SONDERN DEN JAHREN LEBEN GEBEN !**

Workshopzusammenschau

Workshop 1

„Homepage“

Referat Workshop 1 - Homepage

- § www.dresden.de - Vorstellung der Homepage über die Altenhilfe
 - § ... und wenn kein Internet vorhanden ist, wie und wo soll man aktuelle Infos beziehen können?
-

Den Teilnehmenden wurde direkt am Computer (Wandprojektion) der erste Entwurf der „Seniorenseite“ unter www.dresden.de (Vorschau, noch keine Freischaltung) vorgestellt.

Die „Seniorenauftakt“ beinhaltet folgende Unterseiten:

- Ø **Aktuelles**
Einstellung von Informationen über aktuelle Veranstaltungen u. ä. zur Seniorenhilfe, wie z. B. Altenhilfekonferenz, Erfahrungsaustausch Seniorenbegegnungsstätten, Fachplanungsgremien auf Ortsamtsebene
- Ø **Fachplanungsdokumente**
Einstellung bzw. Bezugsmöglichkeiten von Planungsdokumenten, wie z. B. Altenhilfeplan, Pflegeeinrichtungsplanung u. s. w.
- Ø **Veröffentlichungen**
Hinweise auf Broschüren/ Faltblätter zur Seniorenhilfe, zurzeit zum Seniorenwegweiser „Herbstzeit“
- Ø **Grunddaten nach Ortsamtsbereichen**
Überblick (Statistik, Angebotsstruktur) je Ortsamt
- Ø **Beratungsangebote**
Übersichten über städtische und Angebote freier Träger für Seniorinnen und Senioren
- Ø **Wohnen im Alter**
Übersicht über altersgerechte Wohnformen und die Heimaufsichtsbehörde
- Ø **Freizeit, Bildung und Kultur**
zurzeit Übersichten zu Begegnungsstätten, Seniorentreffs und offenen Angeboten/ Ausführung zu Ideen, welche weiteren Angebote unter diese Rubrik fallen könnten
- Ø **Ambulante Dienstleistungen**
Informationen über Hilfen bei Pflegebedürftigkeit, Tages- und Kurzzeitpflege sowie Vorsorgeregelungen
- Ø **Seniorenbeirat**
kurze Einleitung zum Seniorenbeirat und Verlinkung auf die eigene Seite des Seniorenbeirates
- Ø **Ämter und Behörden im Freistaat Sachsen**
„Sammlung“ wichtiger Institutionen außerhalb der Stadtverwaltung Dresden

Alle Übersichten von Einrichtungen oder zusammenfassende Informationen zu den einzelnen Themen wurden in Form eines Merkblattes, welches als pdf.Datei geöffnet und ausgedruckt werden kann, eingebunden. Den Teilnehmenden wurden einige Beispiele gezeigt.

Zusammenfassung Workshop 1 - Homepage

Eingangsreferat:

Grit Hammer, Sachbearbeiterin in der Abt. Sozialplanung des Sozialamtes

Moderation:

Thilo Naffin, Freiberuflicher Sozialberater

Moderationsassistent:

Astrid Michalk, Sozialarbeiterin im SG Offene Altenhilfe

Teilnehmende:

12 Personen, interessierte Seniorinnen und Senioren, Mitarbeiterinnen der Stadtverwaltung, in der Öffentlichkeitsarbeit Tätige und Publizierende

Thema: Öffentlichkeitsarbeit im Bereich Altenhilfe
 Optimierung und Erweiterung durch eine spezielle Homepage

Grundthesen: - Internet-Auftritt ist wichtiger Teil der Öffentlichkeitsarbeit
 - Informationen müssen Angebote umfassend darstellen
 - Informationsaufbereitung muss seniorenfreundlich sein
 - Homepage soll aktuellste „Informations-Zentrale“ werden
 - Druckmedien bleiben unerlässlich

Ergebnisse:

Gibt der Internet-versierte Rentner heute die Begriffe Dresden und Altenhilfe in seine Suchmaschine ein, findet er außer einigen privatwirtschaftlichen Dienstleistern so gut wie nichts - das soll sich schnell ändern. Und was wir im Workshop heute beraten haben, soll so etwas wie der Startschuss dafür sein.

Der Bereich Altenhilfe in der Dresdner Stadtverwaltung hat nämlich eine Menge zu sagen, z. B. in dem bekannten Seniorenwegweiser „Herbstzeit“ - und er tut es ja auch, nur eben noch nicht auf der Dresdner Homepage. Wir waren uns einig, dass heutzutage zur effektiven Öffentlichkeitsarbeit auch ein attraktives Internetangebot gehört. Ob dieses übersichtlich, handhabbar und hilfreich ist, werden in jedem Fall die künftigen Nutzer bestimmen.

Aber wer sind denn die so genannten Nutzer? Wen können wir übers Netz erreichen, wen wollen wir erreichen? Und wie erreichen wir diejenigen noch besser, für die das Internet ein Buch mit sieben Siegeln ist? Über diese Fragen haben wir uns zur Optimierung der Öffentlichkeitsarbeit verständigt. Vielleicht bietet sich das moderne Medium Internet ja an, auch im Bereich Altenhilfe der aktuellste und gut gegliederte Informationspool für all die anderen notwendigen Veröffentlichungen zu werden.

Ich durfte einen ganz spannenden Workshop, wenn auch einen kleinen, leiten. Außer unserem Moderatorenteam hatten wir 12 Gäste am Tisch, die sich aber alle ganz aktiv an der Diskussion beteiligt haben. Einmütig war von allen zu hören „Ganz schnell frei schalten, diese Homepage!“ Und was da frei zu schalten ist, verdanken wir Frau Hammer, die in ganz fleißiger Arbeit und mit Übersicht eine Preview vorgestellt hat, wie die Homepage „Senioren“ innerhalb der Homepage www.dresden.de

aussehen könnte. Angelehnt ist sie an den Wegweiser „Herbstzeit“, zumindest von der Gliederung her, mit allen wichtigen Informationen.

Manche murrten, muss es denn so viel Text sein, andere sagten wieder, es muss noch viel mehr sein. Es sollte nicht nur darum gehen, die Angebote der Stadt Dresden originär vorzustellen, sondern die begleitenden Angebote, die es in großer Fülle in Dresden und seinem Umland gibt, auch noch mit zu benennen. Dort werden wir Wege finden, über Links und Querhinweise auf der Homepage weitere Möglichkeiten für eine breitere Öffentlichkeit bereit zu stellen.

Wir haben uns darüber verständigt, was Ziel des Internet-Auftritts sein soll und wer denn eigentlich die Zielgruppen sind. Einig waren wir uns auch darin, dass die seit kurzem arbeitenden Fachplanungsgremien auf Ortsamtsebene eine ganz wichtige Arbeit vor sich haben, nämlich all die Angebote für aktives Alter, für Sport, Kultur und Unterhaltung - aber auch für alle möglichen Hilfsangebote - zu bündeln; aber auch dem Internetpfleger ständig zur Verfügung zu stellen, so dass die Homepage ein Informationspool für all die Bürger, die das Internet nutzen, sein kann.

Wir haben uns auch über eine stärkere Einbeziehung ehrenamtlicher Aktivitäten verständigt und sind bis dahin gekommen, dass es doch ganz spannend wäre, ehrenamtliche Initiativen anzuregen, zu unterstützen, die diese Homepage „Senioren“ für Dresden pflegen und ständig ergänzen.

Natürlich haben wir uns auch darüber unterhalten, ob denn die Schriftgröße für Senioren überhaupt angemessen ist; ein ganz wichtiger, wenn auch häufig nur am Rande gesehener Aspekt. Wie seniorengerecht müssen Seniorensseiten aussehen? Gehören da viele Bilder drauf - wir meinen ja. Gehören da Symbole zum Zurechtfinden drauf, müssen es weitere Tipps, Hinweise und Hilfen sein. Dass die Suchfunktion für die Homepage Dresden insbesondere auch für die Seniorensseite optimiert werden muss, darin waren wir uns alle einig.

Wir stimmten aber auch darin überein, dass es für die vielen Nichtnutzer des Internets gerade im Seniorenbereich weiterhin die Printmedien geben muss. Da sind sie auf jeden Fall in ausreichend großen Auflagen, klar gegliedert und gut lesbar, vorzuhalten. Wir werden künftig überlegen müssen, ob der Verteiler dieser Broschüren und Faltblätter - wo sie überall ausliegen - noch optimiert werden kann.

Soviel zunächst von unserem Workshop 1 - Danke.

Fragerunde:

Frau Mannel, Paritätischer Wohlfahrtsverband Sachsen

Gibt es Zwischenfragen? Ist der Begriff „Altenhilfe“ vor dem Hintergrund „junger, neuer Alter“ zeitgemäß? Gibt es überhaupt den „internetversierten Rentner“? Es gab eine Initiative „Schulen ans Netz“. – Sollte Dresden nicht Motor für eine Initiative „Rentner und Rentnerinnen ans Netz“ werden?

Antwort Herr Naffin:

Um Ihre zweite Frage zuerst zu beantworten; den internetversierten Rentner gibt es schon, er ist noch nicht die Mehrheit aber er ist im Wachsen – auf jeden Fall. Wir haben ja aber tatsächlich mit unserem heutigen Thema „Homepage für Senioren“ ein Stück in die Zukunft hinein diskutiert.

Also, das wird eine Aufgabe für die Mitarbeiterinnen heute, aber auch für künftige Generationen sein, stets optimale Informationsangebote für alle Bevölkerungskreise bereit zu stellen. Und natürlich muss man nicht Dresden ‚Leerzeichen‘ Altenhilfe eingeben, um was dazu zu finden. Wir wollen die Homepage so gestalten oder gestalten lassen, dass man zu jeglichem Thema, welches Senioren angeht, auch auf der Seniorenhomepage der Stadt Dresden das Passende finden kann. So soll es eigentlich sein.

Frage einer Mitarbeiterin der Städtischen Bibliotheken:

Soll die Senioren-Homepage das Gleiche wiedergeben wie der Seniorenwegweiser „Herbstzeit“?

Antwort Herr Naffin:

Wir haben diese Gliederung der Dresdner Stadtverwaltung im Bereich Senioren schon weitgehend übernommen, weil sie gut ist und weil sie gut handhabbar ist. Dass in der Internetseite natürlich noch ein bisschen mehr drin steht, dass da viele Links und Querverweise zu finden sind, dass man an die freien Träger und an die privaten Anbieter über diese Seite auch herankommt - das ist natürlich eine Erweiterung des Seniorenratgebers. Aber im Grunde genommen, der gliederungsmäßige Aufbau dieser Broschüre ist so übernommen worden.

Anregung von Herrn Dressler - Freie Liberale Senioren:

Ist es möglich, Computer in Seniorenheimen oder Begegnungsstätten einzurichten? - Verbunden mit einer Betreuung von jungen Leuten. Es gibt durchaus Räumlichkeiten, wo das möglich ist.

Antwort durch Moderatorin Frau Mannel - vom Paritätischen Wohlfahrtsverband

Es gibt bereits Initiativen bzw. auch Träger von Pflegeheimen, die diese Möglichkeit anbieten - aber in diesen Einrichtungen ist noch eine große Hemmschwelle da, mit der neuen Technik umzugehen. Es gibt schon Angebote - wir nehmen dies als Anregung mit - Träger zu ermutigen, dass man dies anbietet, damit die älteren Menschen sich den Computer nicht persönlich anschaffen müssen.

Frage von Herrn Dr. Tsoglin vom Ingenieurverein e. V.

Wie und in welcher Form können sich gemeinnützige Vereine etc. mit ihrem Angebot an die Stadt Dresden wenden?

Antwort Herr Naffin:

Alle Angebote sind willkommen - per E-Mail, per Brief und auch persönlich - die Zuständigkeit liegt im Büro von Frau Dr. Cordts, Abteilungsleiterin Sozialplanung.

Workshopzusammenschau

Workshop 2

„Aktives Altern“

Referat Workshop 2 – Aktives Altern

§ Was heißt das: Alter, Altwerden und -sein, aktiv sein?

Einige Grundsätze des Alterns

- Ø Förderung des Alterns in Abhängigkeit von einer aktiven und selbstbestimmten Lebensführung so lange wie möglich (subjektive und objektive Voraussetzungen beachten und schaffen)
- Ø Altersbereich ab 55 Jahren (ab letzte Phase des Berufslebens!)
- Ø Barrieren und Hindernisse gilt es zu erkennen und gemeinsam zu überwinden, die einer gezielten Bedürfnisentwicklung im Wege stehen
- Ø WHO-Ottawa Charta 1986
 - Settingansatz
 - Empowerment
 - sozial schwache Schichten
- Ø weltweit leben 580 Millionen Menschen > 60 Jahre, aber in den nächsten 25 Jahren wird eine Verdopplung eintreten (Prognose 1,2 Mrd.), was eine demographische „Revolution“ auslöst
- Ø Aufgabe der Politik - Gesellschaft schlechthin
Es gilt für die älteren Menschen eine angemessene Lebensqualität zu sichern - Ressourcen, Potenziale und Freiräume sind gemeinsam mit den älteren Menschen zu bestimmen und zu nutzen Maßnahmen sind zu bestimmen (Katalog)
- Ø Beispiele von Maßnahmen:
 - PC-Kurse
 - Seniorenakademie
 - Gesundheitskurse der KK und freier Träger
 - Sportvereine
 - Nutzen von vernetzten Strukturen

Aktiv ins Alter

Definition Alter

- Ø Es gibt keine allgemeinverbindliche Definition vom „Alter“ in der wissenschaftlichen Literatur.
- Ø Die gebräuchlichsten Kategorisierungen sind:
 - Aus soziologischer Sicht wird „Alter“ mit dem Ausscheiden aus dem Berufsleben gleichgesetzt. Dabei ist zu beachten, dass das Altersbild gravierend vom tatsächlichen biologischen Alter abweichen kann. Das macht immer eine individuelle Betrachtungsweise notwendig.
 - Kategorie:

Junge Alte:	40 - 59 Jahre
Neue Alte:	60 - 74 Jahre
Alte:	75 - 89 Jahre
Hochbetagte:	+ 90 Jahre

- In der Gerontologie wird eingeteilt in:

3. Lebensalter: 60 - 70 Jahre

4. Lebensalter: ab 70 Jahre

Eine Befragung in Deutschland ergab, dass ein Mensch im Durchschnitt mit 75,8 Jahren als „alt“ gilt. Als gebräuchlichste Größe gilt jedoch das Renteneintrittsalter:

weiblich: 60,1 Jahre

männlich: 60,5 Jahre

Alt werden,
aber trotzdem fit sein - geht das?

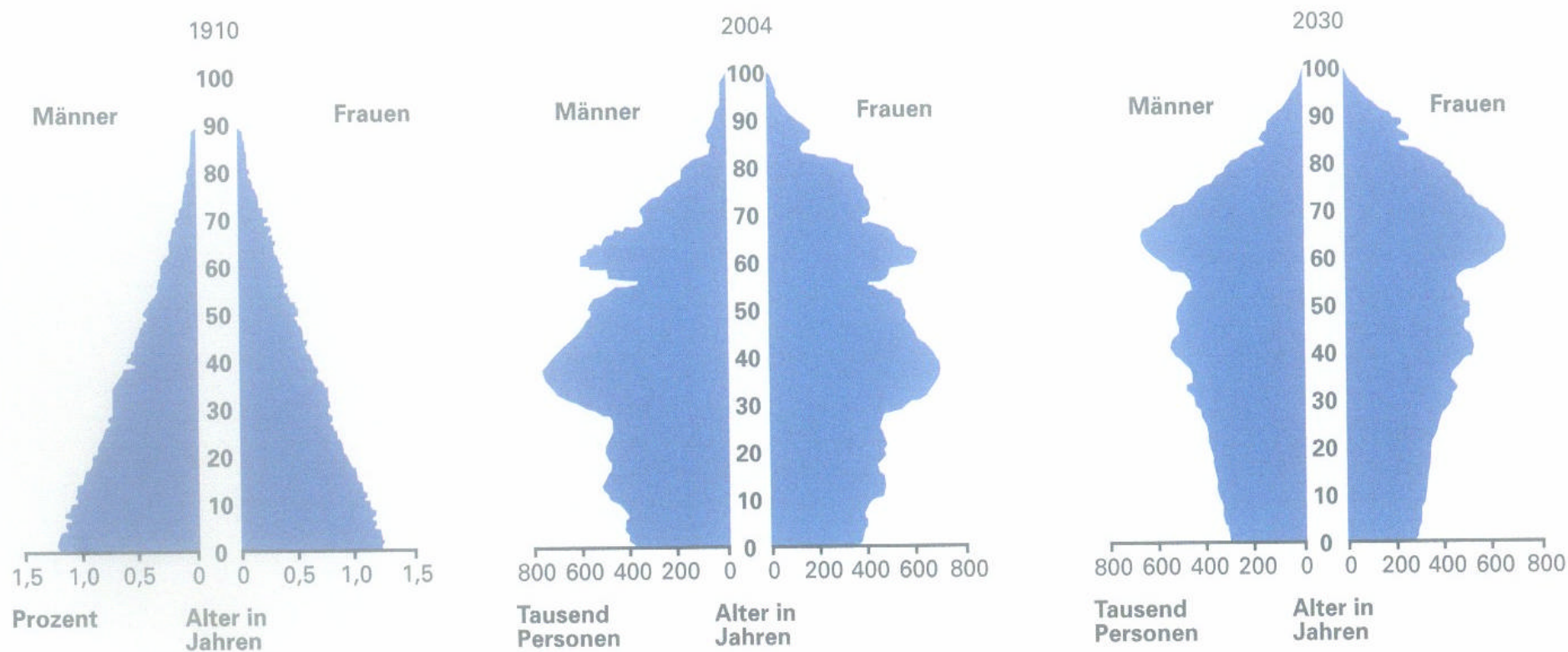
Fitness:

„Fitness ist ein durch Training (körperlich, geistig), gezielte Ernährung und gesunde Lebensführung bewusst angestrebter psycho-physischer Leistungszustand, der über gesundheitliches Wohlbefinden hinausgeht.“

„Die Menschheit altert in unvorstellbarem Ausmaß. Wir müssen das Problem unseres eigenen Alterns lösen, um das Problem der Welt zu lösen.“

Frank Schirrmacher

Entwicklung der Bevölkerungspyramide in Deutschland



Quelle: Statistisches Bundesamt, DIA

Risikofaktoren für Senioren

Personenbezogene Faktoren

weibliches Geschlecht

Alter über 80 Jahre

allein lebend

frühere Stürze/Angst vor Stürzen

Untergewicht

Erkrankungen wie Morbus Parkinson,
Depression, Demenz

Balance- und Gangstörungen

sturzassoziierte Medikamente wie
Benzodiazepine, Neuroleptika,

Alkohol

geistiger Aktivitäts- und Trainingsmangel

Personenbezogene Intervention

Durchführung von Trainingsprogrammen
zur Erhöhung der Kraft und Balance

Überprüfung der Sehkraft

Überprüfung der Medikation

Besprechen der physiologisch und
anatomischen Veränderungen

Risikofaktoren für Senioren

Verhaltensbedingte Faktoren

ungeeignetes Aufbewahren von Alltags-
gegenständen

hektisches Agieren

Verwenden von riskanten Hilfsmitteln (auf
den Stuhl stellen, statt einer Leiter nutzen)

nächtlicher Toilettengang auf Socken

Schulungsmaßnahmen

sicheres und zweckmäßige Verhalten
im Haushalt

Vermeidung von Hektik

Beratung zum richtigen Schuhwerk

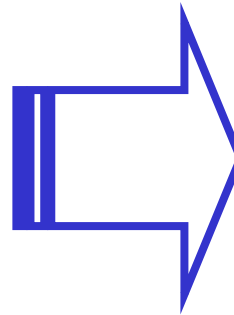
frakturpräv. Maßnahmen

ausgewogene Ernährung
(insbesondere Vitamine, Mineralien)

Risikofaktoren für Senioren

Umgebungsbedingte Faktoren

Ungenügende Wohnungsbeleuchtung
fehlende Handläufe, keine Rutschmatte
im Bad
schlecht sichtbare Stufen, fehlende
Sicherheit an Treppen
Stolperfallen wie Teppichkanten und
lose Kabel



Interventionsmaßnahmen

Schaffen von ausreichend Platz
zwischen den Möbeln
Verwendung rutschfester Materialien
Handläufe oder Geländer an Treppen
helle Beleuchtung, Nachtlampen usw.
Beseitigung von Stolperfallen

Missverständnisse

Unkenntnis, Missverständnisse und Bequemlichkeit halten viele Ältere von Bewegung, Spiel und Sport ab.



„Wenn Ältere Sport treiben, machen Sie sich lächerlich!“

„Ältere sollen sich schonen!“

„Sport kann man nur treiben, wenn man keine körperliche Einschränkung hat!“

„Man muss viel können, wenn man im Alter Sport treiben will!“

„Sport ist nur etwas für Junge!“

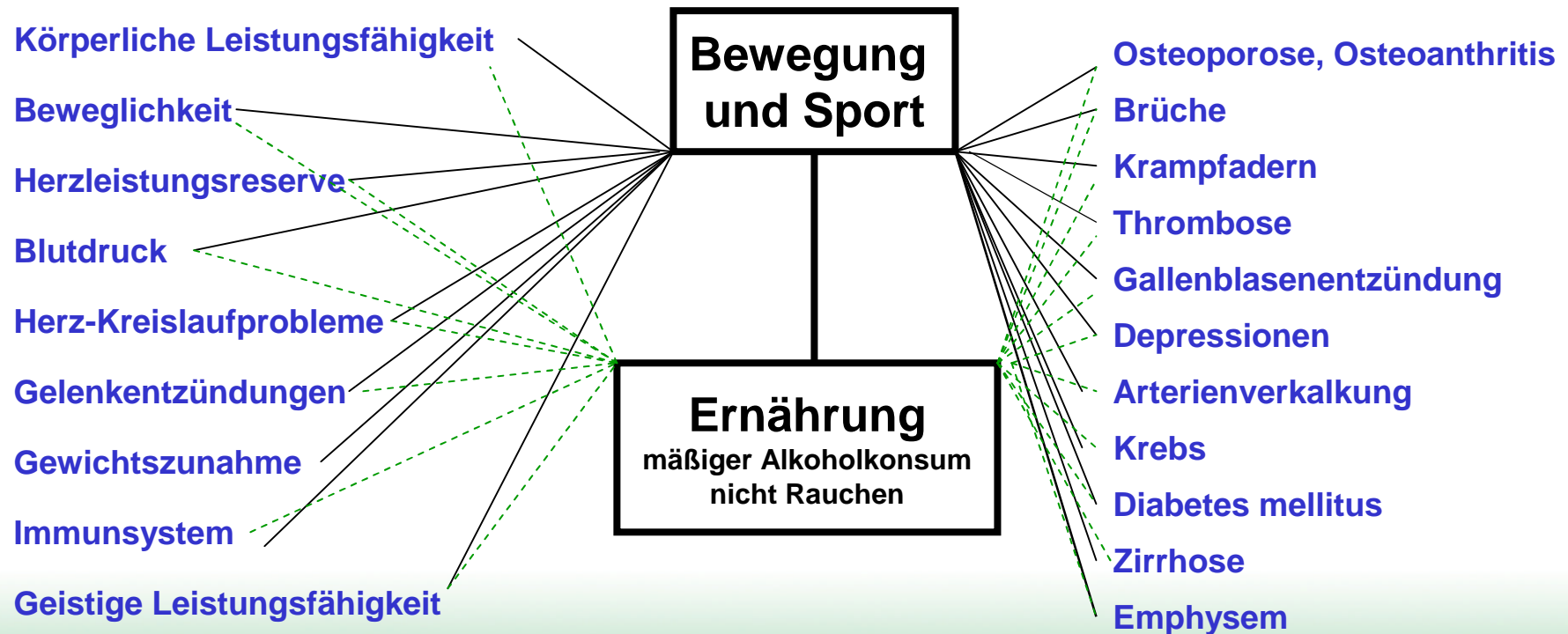


Es gibt kein Medikament und keine andere Maßnahme, die einen dem körperlichen Training vergleichbaren Effekt besitzt!

Präventive Strategien

Beeinflussbare Alterseinscheinungen

Krankheiten



Regeln für gesundes Älterwerden

- ü Seien Sie in allen Lebensaltern körperlich, geistig und sozial aktiv!
- ü Leben Sie in allen Lebensaltern gesundheitsbewusst!
- ü Nutzen Sie Vorsorgemaßnahmen!
- ü Erarbeiten Sie sich einen eigenen positiven Lebensstil!
- ü Bereiten Sie sich auf Ihr Alter vor!

Quelle: Forum "Prävention und Gesundheitsförderung".

Regeln für gesundes Älterwerden

- ü Nutzen Sie alle Chancen, um Neues zu lernen!
- ü Bleiben Sie aktiv und denken Sie positiv!
- ü Begreifen Sie das Alter als Chance!
- ü Pflegen Sie auch im Alter Kontakte!
- ü Geben Sie der Zärtlichkeit eine Chance!

Quelle: Forum "Prävention und Gesundheitsförderung".

Regeln für gesundes Älterwerden

- ü Trauen Sie Ihrem Körper etwas zu!
- ü Gesundheit ist keine Frage des Alters!
- ü Nehmen Sie Krankheiten nicht einfach hin!
- ü Suchen Sie nach guter Hilfe und Pflege!
- ü Haben Sie Mut zur Selbstständigkeit!

Quelle: Forum "Prävention und Gesundheitsförderung".

Ergänzendes Referat Workshop 2 – Aktives Altern

Aktivitäten der Stadt und bundesweite Projekte

Gesundes Altern ist aktives Altern

Europa altert. Das Europabüro der Weltgesundheitsorganisation hat die demographische Situation in allen europäischen Ländern erkannt und in seiner 4. Phase (2003-2007) des Projektes "Gesunde Städte" Ziele für ein gesundes Altern, das immer ein aktives Altern ist, formuliert.

1. Bewusstsein und allgemeines Verständnis vom Konzept des gesunden Alterns schaffen.
2. Ältere Menschen selbst gewinnen, um die Stadtpolitik und Dienste zu beraten und zu überprüfen (Seniorenbeirat).
3. Gesundheitsfördernde, leicht zugängliche und sichere Lebensräume, alten- und -behindertengerecht schaffen
4. Starke soziale Unterstützungsnetzwerke schaffen, sozialer Isolation entgegenwirken.
5. Ausgewogene gesundheitliche und soziale Betreuung bereitstellen.

Die WHO sieht die folgenden Schwerpunkte, die ein aktives/ gesundes Altern ermöglichen:

1. Gesundheitsfördernde Strukturen für:
 - körperliche Aktivität
 - mentale Leistungsfähigkeit
 - Ernährungsverhalten
2. Gesundheitliche, medizinische Betreuung
3. Wohnen, altersgerecht und betreut
4. Sicherheit privat und im öffentlichen Raum
5. Mobilität
6. Einkommen, Grundsicherung
7. Arbeit altersgerecht anbieten, Ehrenamt fördern
8. Bildung und Kultur ermöglichen

Die Stadt Dresden, seit 1991 Mitglied im Internationalen Netzwerk der WHO "Gesunde Städte", hat sich in der jetzigen 4. Phase dem Auftrag der WHO gestellt.

Aus dem Beirat "Gesunde Städte " der Landeshauptstadt Dresden wurde ein Arbeitskreis "Gesundes Altern" gebildet, der zusammen mit dem Vorsitzenden des Seniorenbeirates der Stadt, dem Stadtentwicklungsamt, Vertretern der Offenen Altenhilfe und mit Experten aus dem Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der TU Dresden die Aktionen für das Kernthema "Gesundes Altern" entwickelt und über die gesamte Phase bis 2007 begleitet.

Aktionen für das Kernthema „Gesundes Altern“

1. Strategien: schriftliche Befragung von Vereinen, Initiativen und Ämtern
2. Bildung eines Arbeitskreises „Gesundes Altern“

3. Erarbeiten von Strategien.
4. Entwicklung eines Profils zur Gesundheit und zu den Lebensbedingungen der älteren Bürger in Dresden
5. Fortbildung für ehrenamtliche Betreuung und Aktivierung der älteren Bürger
6. Stadtweite Angebote von Sport für ältere Bürger (bis 2007)

Im Sommer 2005 wurde in Deutschland ein Deutscher Präventionspreis "Gesund in der 2. Lebenshälfte (55 plus)" verliehen. Der Preis war vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) und der Bertelsmann-Stiftung ausgelobt worden. Damit ist ein gesellschaftlicher Diskurs angeregt worden zur Förderung der Gesundheit von Menschen in der 2. Lebenshälfte.

Frau Dr. Pott, Direktorin der BzgA, formulierte zur Verleihung des Deutschen Präventionspreises: "Das Aufgabenspektrum der Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich "Gesund Altern" ist enorm breit:

- zum einen die Arbeitsfähigkeit von Menschen, die heute noch im Berufsleben stehen, bis zum Eintritt des gesetzlichen Rentenalters zu erhalten,
- Selbständigkeit und Lebensqualität nach dem Ausstieg aus dem Berufsleben erhalten,
- und die Lebensqualität bei pflegebedürftigen Menschen verbessern.“

Über 250 Bewerber hatten ihre Präventions-Projekte eingereicht, aus denen 5 Preisträger und ein Ehrenpreis neben weiteren 9 Nominierten durch 8 unabhängige Juroren, ausgewiesene Fachleute in der Gesundheitsförderung und Prävention, ausgewählt und zur Prämierung vorgeschlagen wurden.

Die nun aufgeführten Projekte sind Anregung für unsere Aktivitäten in der Landeshauptstadt Dresden.

"Aktive Gesundheitsförderung im Alter-Hausarztstudie Hamburg

- 30 - 40 Hausärzte in geriatrischen Qualitätszirkeln
- halbtägige Info-Veranstaltung und Beratung in Kleingruppen für 503 Senioren im Albertinen Diakoniewerk e. V.
- individueller Ernährungs- und Aktivitätenbrief für jeden Teilnehmer, Datenbank von 24.000 Angeboten
- ein 2. Workshop-Termin 6 Monate nach der Erstberatung
- Finanzen: 89€/ Teilnehmer, die Krankenkassen übernehmen 80%

"Gesund Älter Werden"

Ein Projekt der AOK Niedersachsen, Hannover und der WHO Angebote eines beratenden Hausbesuches

- aufsuchende Aktivierung durch ein Team
- Beratung der Senioren nach standardisiertem geriatrischem Assessment
- individuelle Zielvereinbarung nach Angeboten

das Programm wird durch Öffentlichkeitsarbeit und Medien begleitet
Finanzierung zu 100% durch AOK Niedersachsen

"Akademie für Ältere " Heidelberg

1984 Gründung des Vereins "aktiv sein im Alter" aus einer Selbsthilfe-Initiative von Personen über 60 Jahre

1993 Gründung der "Akademie für Ältere GmbH" mit zurzeit 220 ehrenamtlichen Kursleitern und Referenten, mit 9 hauptamtlichen und 39 ehrenamtlichen Mitarbeitern.

Fachbereiche: Gesundheit, Sport, Bewegung
medizinische Vorträge und Patienten-Seminare
Sprachkurse
Vorträge und Seminare in Theologie, Zeitgeschichte...
Gasthörer an der Uni Heidelberg

Jahresbeitrag 68 €

"Richtig fit ab 50"

Ein Modell des Deutschen Sportbundes

Realisierung in Berlin, koop. durch Wohnungsbaugesellschaft. Der Landessportbund Berlin schafft mit 15 Partnerorganisationen und 13 Sportvereinen insgesamt 45 Sport- und Bewegungsgruppen. Für die externen Partner werden für 4 - 6 Wochen kostenlos erfahrene Übungsleiter gestellt. Der Landessportbund gibt eine Anschubfinanzierung für Übungsleiter und Sportmaterialien. Die neuen Sport- und Bewegungsgruppen werden selbsttragend.

Zusammenfassung Workshop 2 - Aktives Alter

Eingangsreferat:

Dr. Hartmut Günther, AOK Sachsen, Präventionsexperte

Moderation und ergänzende Beiträge:

Dr. med. Rotraut Sawatzki, Beirat "Gesunde Städte" und AK "Gesundes Altern", Mitglied im Seniorenbeirat

Moderationsassistenten:

Katja Hauk, Sozialarbeiterin SG Offene Altenhilfe

Teilnehmende:

36 Personen, Bürger der Stadt und Experten in der Seniorenarbeit

"Die Menschheit altert in unvorstellbarem Ausmaß. Wir müssen das Problem unseres eigenen Alterns lösen, um das Problem der Welt zu lösen." Diese beiden Sätze aus dem "Methusalem-Komplott" von Frank Schirrmacher stellte der Referent Dr. Günther in den Mittelpunkt, um nach der Darstellung der ernststen demographischen Situation auch in unserer Stadt, die Fragen zu diskutieren:

Wie gehen wir mit dieser Tatsache um?

Was bedeuten uns die zusätzlichen Jahre einer steigenden Lebenserwartung?

Wie füllen wir sie aus?

Wie bringen sich die "Älteren" aktiv in die Gesellschaft ein?

Die 15 "Regeln für ein gesundes Älterwerden" (Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung), wie sie sie im Einführungsvortrag finden, wurden zu eigenen Ergänzungen an alle Teilnehmer verteilt.

Frau Dr. Sawatzki leitete die Moderation mit den Forderungen der WHO für ein "gesundes Altern" ein. Das Europabüro der WHO hat die demographische Situation in allen europäischen Ländern erkannt und in seiner Phase IV (von 2003-2007) Ziele für ein gesundes Altern, das immer ein aktives Altern ist, formuliert.

Zunächst wurden von den Teilnehmern Faktoren zusammengetragen, die ein aktives/ gesundes Altern überhaupt erst ermöglichen.

So wurde als wichtigster Faktor für ein gesundes Altern in unserer Stadt eine altenfreundliche Politik, das Schaffen einer geeigneten Infrastruktur und die Bereitstellung finanzieller Mittel für gute Projekte gefordert. Darüber hinaus wird ein größeres Bewusstsein und Verständnis in der Stadt für die besonderen Bedürfnisse einer immer älter werdenden Gesellschaft gewünscht.

Neben notwendigen Bildungsangeboten und Angeboten zum Erfahrungsaustausch wurden psychische und emotionale Faktoren für ein aktives Altern formuliert, wie: das Gefühl, gebraucht zu werden, stabile Partnerschaft, Freundeskreis, Solidarität und Nachbarschaftshilfe. Die gesundheitliche Betreuung müsse gesichert sein; zurzeit bereite das ambulante Gesundheitswesen in Dresden große Sorgen. So werden zunehmend lange Anmeldezeiten, verkürzte Sprechzeiten der Ärzte und zunehmen-

der Mangel an Fachärzten genannt. Hinzu kommt das Gefühl, als älterer Mensch abgelehnt zu werden.

Das Wort "Altersdiskriminierung" fiel nicht nur bezogen auf die gesundheitliche Versorgung.

In der Plenumdiskussion wies Dr. Günther als Vertreter einer Krankenkasse auf das eingetretene Ungleichgewicht in der gesundheitlichen Versorgung und den zunehmenden Ärztemangel hin und forderte von der Politik Konzepte zur Verbesserung der Situation.

Zu den wichtigen Faktoren gehöre auch die finanzielle Grundsicherung für die Senioren, die die Grundlage für jegliches gesundes und aktives Altern in Frieden und Sicherheit bildet.

Im Gespräch mit den Teilnehmern der Gruppe wurde festgestellt, dass es eine Menge von Angeboten in unserer Stadt für Senioren gibt. Was fehlt ist eine aktive Informationspolitik. Der Beitrag der Stadt, der mit dem Projektbüro "Gesunde Städte" und dem Beirat in der jetzigen Phase des WHO-Projektes geleistet wird (er ist im Thementeil dargestellt), fand große Aufmerksamkeit. Insbesondere erhoffe man sich mehr bezahlbare Sportangebote für Senioren.

Die einzelnen vorgestellten Beispiele aus dem Deutschen Präventionspreis 2005 "Gesund in der 2. Lebenshälfte (55+)" zeigten dem Teilnehmerkreis weitere Möglichkeiten auf, um insbesondere dem breiten, nur schwer zu erreichenden Anteil der älteren Bevölkerung (sozial Schwächere und gesundheitlich Benachteiligte) in die Angebote für körperliche und geistige Aktivitäten einzubinden. Es kommt darauf an, geeignete Zugangswege zu finden.

Die Dresdner Initiative, mit dem Ehrenpreis des Deutschen Präventionspreises ausgezeichnet, der "Verein begleitetes Wohnen e.V." erfüllt diesen Auftrag bereits weitestgehend.

Der Wunsch nach aufsuchenden und beratenden Angeboten für ein aktives Altern leitete damit auch die breite Diskussion um die Defizite auf diesem Gebiet in unserer Stadt ein.

Von den Teilnehmern wurde die unzureichende Lobby für die älteren Bürger beklagt, sowie das politische Engagement für die große Gruppe der Dresdner Bürger jenseits des 55. Lebensjahres. Die Medien, Zeitungen, Fernsehen... verschweigen die Tatsache der demographischen Situation in unserer Stadt. Die positive politische Arbeit des Seniorenbeirates der Stadt, sowie auch des Beirates „2 Gesunde Städte" geschehe vielfach im Stillen und fände selbst im Amtsblatt kaum Erwähnung. Es wurde gefordert, dem Beirat mehr Öffentlichkeit zu schaffen.

Aber auch ganz praktische Dinge kamen zur Sprache: Bedarf an Räumlichkeiten für kleine Sportgruppen oder für Treffen von Seniorengruppen. Die Schulen stellten ihre Turnhallen erst nach 19:00 Uhr oder 20:00 Uhr zur Verfügung; wenig seniorenfreundlich! Angeregt wurde, dass Ortsämter und andere kommunale Einrichtungen Räumlichkeiten für Senioren öffnen sollten (Erfassen zugänglicher Räume in der Stadt).

Projekte gemeinschaftlichen Wohnens - neben dem organisierten "Betreuten Wohnen" und im Generationenverbund wirken der Einsamkeit von Senioren entgegen und fördern Solidarität, Verständnis und Achtung im Miteinander.

Weitere Vorschläge wurden unterbreitet, wie: z. B. die zeitliche Begrenzung der Seniorenkarte im Nahverkehr von 9:00 Uhr auf 8:00 Uhr vorzuverlegen. Des Weiteren wurden Sitzmöglichkeiten in Supermärkten für die älteren Bürger angeregt.

Die Industrie sollte kleinere Verpackungsgrößen bereitstellen und Verschlüsse, die ohne große Schwierigkeiten von Senioren geöffnet werden können.

Wie gelingt es uns, Betreibern von Supermärkten und Vertretern der Industrie mit den Bedürfnissen der Senioren bekannt zu machen und diese zur Umsetzung anzuregen? Ich denke, eine lösbare Aufgabe für die Stadt.

Nach 2 Stunden musste, dem Terminplan folgend, unser äußerst kreatives, sachbezogenes Seminar abgebrochen werden. Es hat den Wunsch nach Fortsetzung impliziert, die Aktivitäten und das Mitdenken von Senioren aufgezeigt, um bis ins hohe Alter Selbstständigkeit und Lebensqualität zu erhalten.

In Absprache mit dem Referenten schlage ich vor, im April oder Mai 2006 eine Folgeveranstaltung durchzuführen. Das Thema sollte aus dem ersten Workshop abgeleitet werden und beruflich als auch ehrenamtlich Tätige in der Seniorenarbeit ansprechen. Weitere Erfahrungsaustausche sollten zu den unterschiedlichsten Themenbereichen organisiert werden. Mein Vorschlag ist, einen halbjährigen Turnus anzustreben. Die Termine sind in den Altenhilfeplan der Stadt Dresden aufzunehmen.

Workshopzusammenschau

Workshop 3

„Zukünftige Alte“

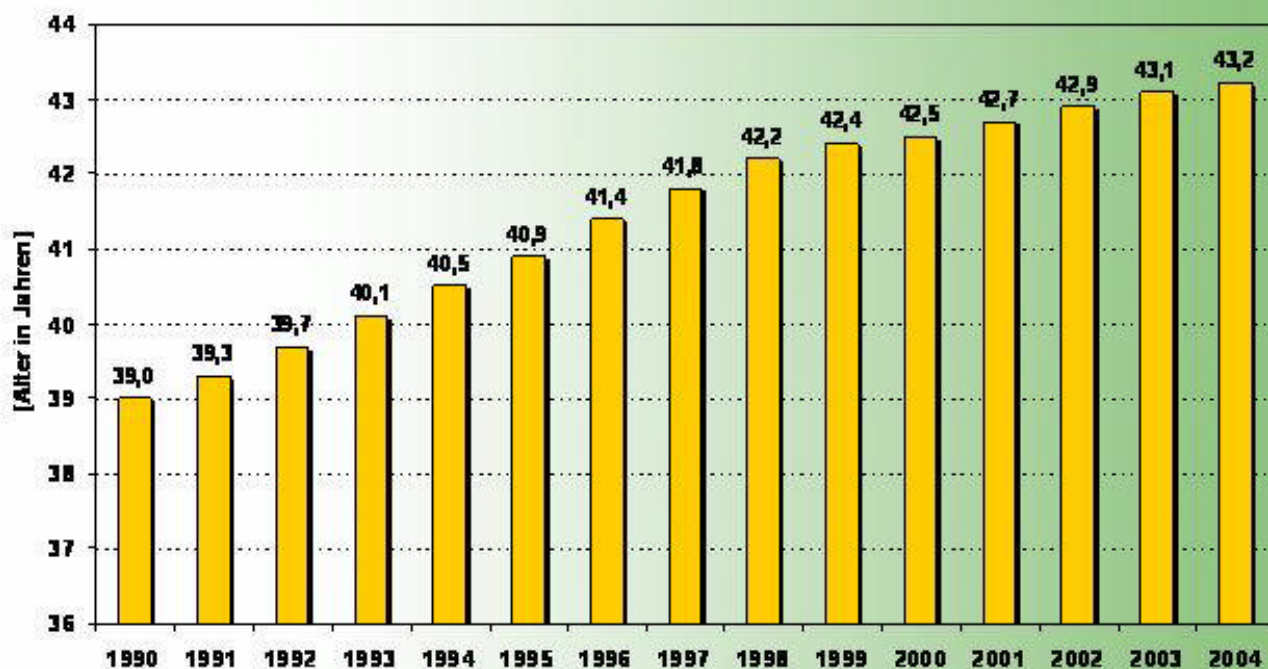
Referat Workshop 3 – Zukünftige Alte

§ Inhalte des demografischen Wandels und die Situation in der Stadt Dresden



Durchschnittsalter der Dresdner Bevölkerung

Quelle: Kommunale Statistikstelle Dresden („Bevölkerung und Haushalte 2003“)



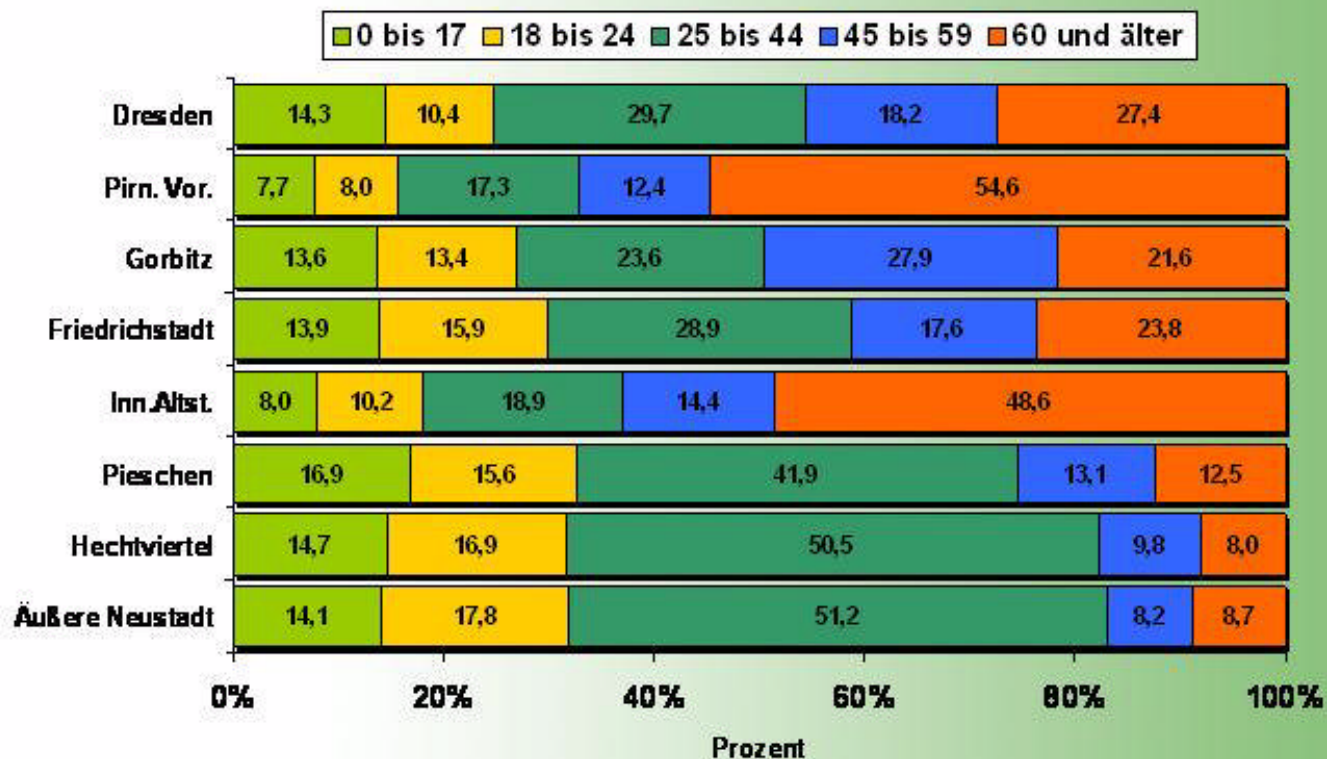
SAS Regional-, Verkehrs- und Umweltforschung GbR Dresden



Altersstruktur

Quelle: Kommunale Statistikstelle Dresden („Städterneuerungsgebiete 2003“)

Stand: jeweils zum 31.12. des Jahres, Gebietsstand 31.12.2003

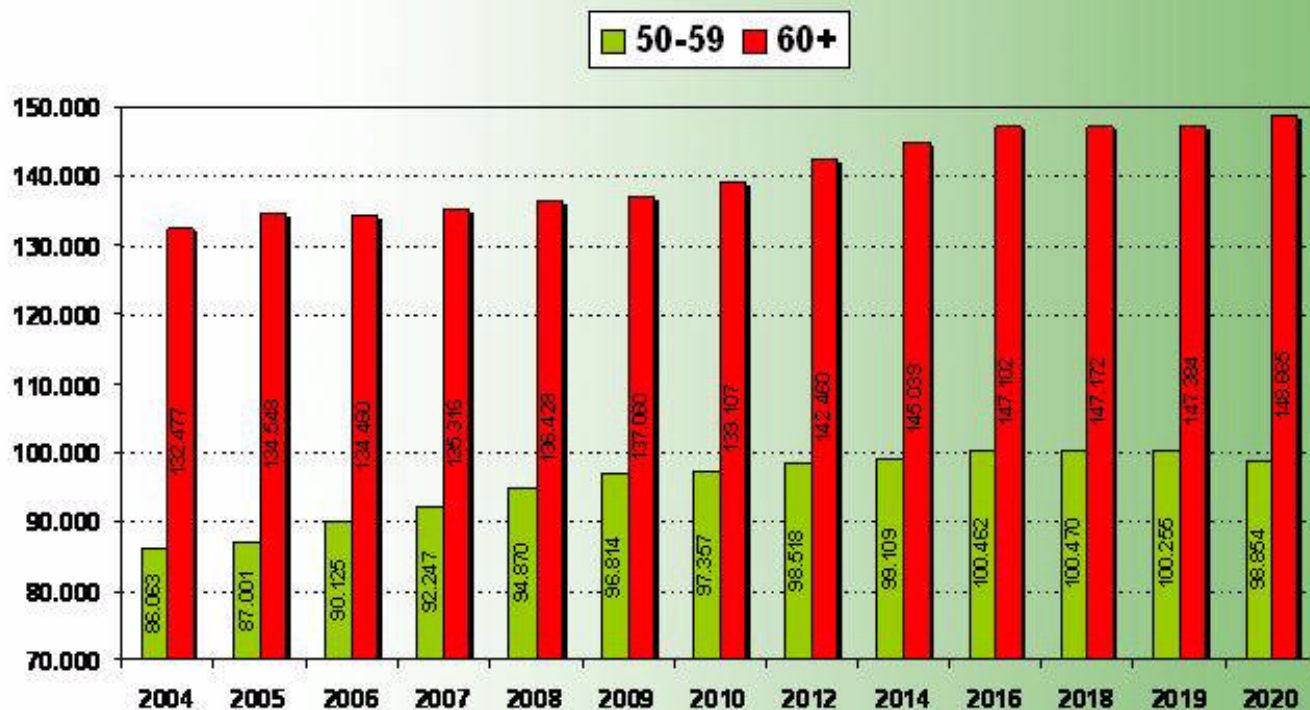


SAS Regional-, Verkehrs- und Umweltforschung GbR Dresden



Prognose Entwicklung Älterer

Quelle: Kommunale Statistikstelle Dresden



SAS Regional-, Verkehrs- und Umweltforschung GbR Dresden

Zusammenfassung Workshop 3 - Zukünftige Alte

Eingangsreferat:

Dr. Helga Gantz, Regional-, Verkehrs- und Umweltforschung

Moderation:

Heike Heinze, Jugend&Kunstschule

Moderationsassistent:

Marga Mätzelt, Sozialarbeiterin SG Offene Altenhilfe

Teilnehmende:

22 engagierte Personen aus unterschiedlichsten Erfahrungswelten haben sich im Workshop 3 mit den zukünftigen Alten beschäftigt. Wir haben also den Blick durch das Fernrohr gewagt und sind generell zu der Feststellung gekommen, dass alt sein anders sein wird, als es heute ist.

Frau Dr. Gantz hat uns einführend einen Überblick über die Inhalte des demografischen Wandels vermittelt und die Situation in der Stadt Dresden dargestellt. Seit einigen Jahren wächst die Bevölkerung Dresdens nach einem Schrumpfungsprozess wieder. Die Wohnbevölkerung der Stadt wird jedoch immer älter, wie das kontinuierlich wachsende Durchschnittsalter der Dresdner zeigt. In den nächsten Jahren wird der Anteil älterer Bürger unter den Dresdnern ständig zunehmen. Immer mehr Dresdner werden deutlich älter als 80 Jahre. Dies bedeutet auch, dass man sich im Alter zwischen 50 und 59 Jahren bei weitem noch nicht alt fühlt. Eine individuelle Vorbereitung auf das Alter findet in diesem Lebensabschnitt eher selten statt. Im Jahr 2020 wird aber nahezu jeder dritte Dresdner älter als 60 Jahre sein. Auf diese Situation muss auch die Infrastruktur der Stadt vorbereitet sein. Der Workshop hatte zum Ziel, erste Anforderungen und Erfordernisse des demografischen Wandels für die Stadt zu formulieren.

Die heutigen 50- bis 59-Jährigen, die zukünftigen Alten, sind nach dem zweiten Weltkrieg geboren. Sie gehen von einer hohen Lebenserwartung aus und unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht von der heutigen Generation alter Menschen in der Stadt. So ist zum Beispiel das Bildungsniveau höher, der Lebensstil oft anspruchsvoller als bei den heutigen Alten. Gleichzeitig ist die Gruppe der 50 - 59-Jährigen noch deutlich weniger homogen. So wird die finanzielle Absicherung im Alter erheblich unterschiedlicher sein als bei den Senioren, wie wir sie heute kennen. Unterbrochene Erwerbsbiographien und vorzeitiger Eintritt in die Rente tragen zunehmend dazu bei, dass größere Gruppen von Rentnern mit einer relativ geringen finanziellen Ausstattung ihren Lebensabend gestalten müssen. Die differenzierte finanzielle Ausgangssituation ist ebenso wie eine veränderte familiäre Situation bei der Vorbereitung auf eine neue Senioren generation zu beachten. Mehr als ein Drittel der Personen aus dieser Altersgruppe ist nicht verheiratet, etwa jeder 5. lebt in einem Einpersonenhaushalt. Erwachsene Kinder und Enkel leben oft nicht in der Stadt und können später wahrscheinlich nur wenig zur Betreuung der alten Eltern vor Ort beitragen. Obwohl mit der Verlängerung der Lebenszeit nunmehr vier Generationen in der Stadt leben, ist die Familie im Einzelfall oft nicht verfügbar. Während das Leben in einer Großfamilie eher eine absolute Seltenheit ist, steigt das Interesse künftiger Alter an besonderen Wohnformen, die sowohl Individualität als auch

Gemeinschaftlichkeit versprechen. Das zahlenmäßige Verhältnis zwischen Frauen und Männern wird künftig in diesem Alterssegment ausgeglichener sein.

Lebensqualität im Alter setzt, so waren wir uns einig, Lebensqualität in der Stadt voraus. Lebensqualität in einer Stadt ist Ausdruck eines intakten Gemeinwesens mit einer gelungenen Infrastruktur, was natürlich auch für alte Menschen aus dem Umland interessant werden kann, da es dort in den nächsten zwanzig Jahren infrastrukturelle Veränderungen geben wird, die das Leben in der Stadt für diese wieder attraktiv machen.

Die Altersstruktur ist in einzelnen Dresdner Stadtteilen sehr unterschiedlich ausgeprägt. Teilräumlich werden daher die Anforderungen an Bedingungen, die Senioren gerecht werden, ebenfalls unterschiedlich abgefragt werden.

Hierzu gehören solche Faktoren wie:

- Das altersgerechte Wohnen,
- Kommunikationsmöglichkeiten,
- Kultur- und Bildungsangebote sowie Freiräume, Hobbys und Interessen nachzugehen.

Die Bedürfnisse von Senioren sind vielfältig und ihre mögliche Realisierung bestimmt die Lebensqualität im Alter. Mobilität ist wichtig, nicht nur mit dem eigenen Auto, das man dann vielleicht nicht mehr finanzieren oder fahren kann, sondern auch und vor allem mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder Fahrdiensten. Man muss in der Nähe der Wohnung einkaufen und einen Arzt und eine Apotheke finden können. Vor allem möchten sich Senioren wohl fühlen, am gesellschaftlichen Leben teilhaben und Anerkennung genießen.

Wir haben uns natürlich auch überlegt, dass es nicht nur heißt, was kann die Stadt für diese alternden Menschen tun, sondern was können sie selber tun. Sich selber sozial engagieren in unterschiedlichen Vereinen, Stiftungen, Verbänden, mit ihrer Fachkompetenz anderen unter die Arme greifen, selbstständig und selbstbewusst agieren und seine Interessen auch so vertreten, aktive Nachbarschaft leben.

Das Altern (möglichst generationsübergreifend) zu erlernen, war ein Aspekt, der zur Sprache gekommen ist. Insbesondere junge Menschen sind Erfahrungswelten zu vermitteln, wie es ist, wenn man alt wird, wenn der Lebenskreis sich schließt.

Wichtig ist natürlich auch, dass kommunale Politik einen Rahmen setzt. Dort sahen die Teilnehmer des Workshops besondere Aspekte in der Unterstützung des bürgerlichen Engagement, im Vorhalten von interessenübergreifenden Freiräumen in Form von Begegnungsstätten, Stadtteilhäusern oder einfach Räumen in kommunalen Einrichtungen. Finanzierbare Kultur-, Bildungs- und Sportangebote (nicht nur im niedrighschwelligem Bereich). Möglichkeiten zur hellen Tageszeiten, Angebote zu nutzen. In diesem Zusammenhang wurde an die Notwendigkeit des finanzierbaren ÖPNV, insbesondere die Beibehaltung des 9-Uhr-Tickets, appelliert. Es ging um finanzierbaren Wohnraum in der Stadt, der altersgerecht sein muss, in differenzierten Wohnformen und in unterschiedlichen Anforderungs- und Preissegmenten.

Wie in anderen Workshops auch wurde dem Themenkreis Information große Aufmerksamkeit gewidmet. Das es oftmals die Frage des Wissens von einander ist,

welche Möglichkeiten gibt es, welche Angebote gibt es, wo kann ich mich informieren, wie kann ich mich informieren. Die im Workshop 1 erörterte Homepage kann nur ein Bereich der Informationspolitik sein. Für heutige Seniorinnen und Senioren bleibt die „Papierform“ ebenso wichtig. Diskutiert wurde die Rolle der Printmedien in dieser Stadt. Allein lebende Senioren sind viel mehr einzubinden. Das geht nur durch Ansprache, durch Aufsuchen aber auch die versuchten Partnerschaften, durch Einladungen in bestimmte kleine Gruppierungen - da bieten sich Wohnungsgemeinschaften an. Es muss eine Sensibilität dafür geschaffen werden, dass alte Menschen nicht ausgeschlossen, sondern wahrgenommen und beachtet werden.

Wichtig wäre es auch, den Rahmen zu schaffen für fachübergreifende Netzwerke der Akteure, die teilsräumlich sehr unterschiedlichen Ansprüchen genügen müssen. Es gab natürlich auch Aspekte, die die kommunalpolitische Ebene übersteigen. Alter wird ungeachtet des demografischen Wandels finanzierbar, wenn wir in diesem Land der Jugend eine Chance geben. Arbeit für alle ermöglicht, eigenes Geld zu verdienen. Ost-West-Unterschiede im Rentensystem wurden kritisiert.

Aus der Diskussion im Workshop heraus wurde deutlich, dass das Thema keinesfalls abschließend erörtert werden konnte. Handlungsfelder sind detaillierter zu betrachten. Fachübergreifende Kooperationen und Projekte sind zur Beseitigung von Defiziten notwendig. Die Teilnehmenden des Workshops werden diesen Prozess aktiv und engagiert weiter begleiten.

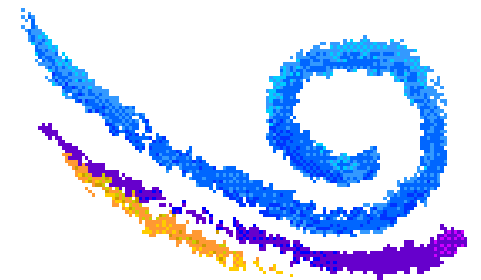
Workshopzusammenschau

Workshop 4

Gütesiegel „Betreutes Wohnen“

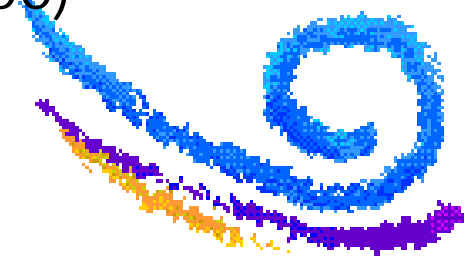
Qualitätssiegel "Betreutes Wohnen im Alter"

Workshop im Rahmen der
ALTENHILFEKONFERENZ
der Landeshauptstadt Dresden
am 30. November 2005



Vorgeschichte

- ▶ März 1994: StVV-Beschluss zur Schaffung von 900 Betreuten Wohnungen
- ▶ Mai 1994: Arbeitspapier zur Umsetzung des Beschlusses
- ▶ Juni 1994: Finanzierungskonzept "Betreutes Wohnen"
- ▶ verwaltungsübergreifende und verwaltungsinterne Arbeitsgruppen bis Anfang 1999 zur Umsetzung des Beschlusses und z. B. zur Begutachtung und Entwicklung von Projekten im Rahmen der Wohnungsbauförderung
- ▶ Begleitung von konkreten Projekten z. T. mit Bürgerbeteiligung (1997)
- ▶ Durchsetzung der Sozialhilfefähigkeit der Betreuungspauschale (1997)
- ▶ Mitinitiierung des gemeinsamen Modellprojekts von VS und SÜDOST WOBA "Selbstbestimmt Wohnen im Alter" (1998)
- ▶ Stadtratsbeschluss aufgrund des SPD-Antrages (Ende 2000)

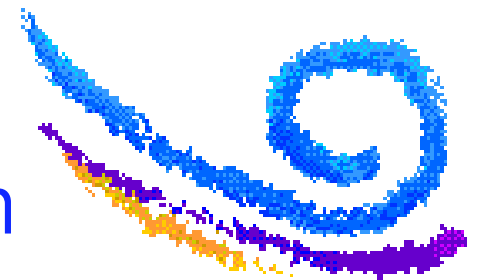


Stadtratsbeschluss am 10.11.2000

Der Oberbürgermeister wird beauftragt,

1. einen Kriterienkatalog erarbeiten zu lassen, der als Grundlage für die Vergabe eines "Qualitätssiegels für Betreutes Wohnen im Alter in der Landeshauptstadt Dresden" dient,
2. einen Entwurf für den Kriterienkatalog und ein Konzept für die Modalitäten zur Vergabe des Qualitätssiegels dem Stadtrat bis zum 28.02.2001 vorzulegen.

Annahme des Antrages mit 54 : 0 Stimmen

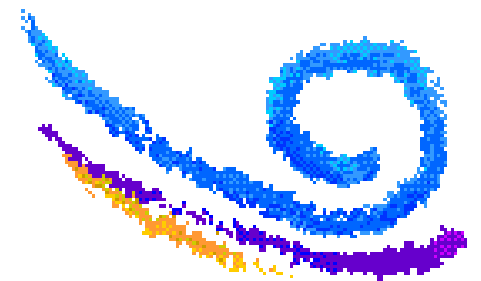
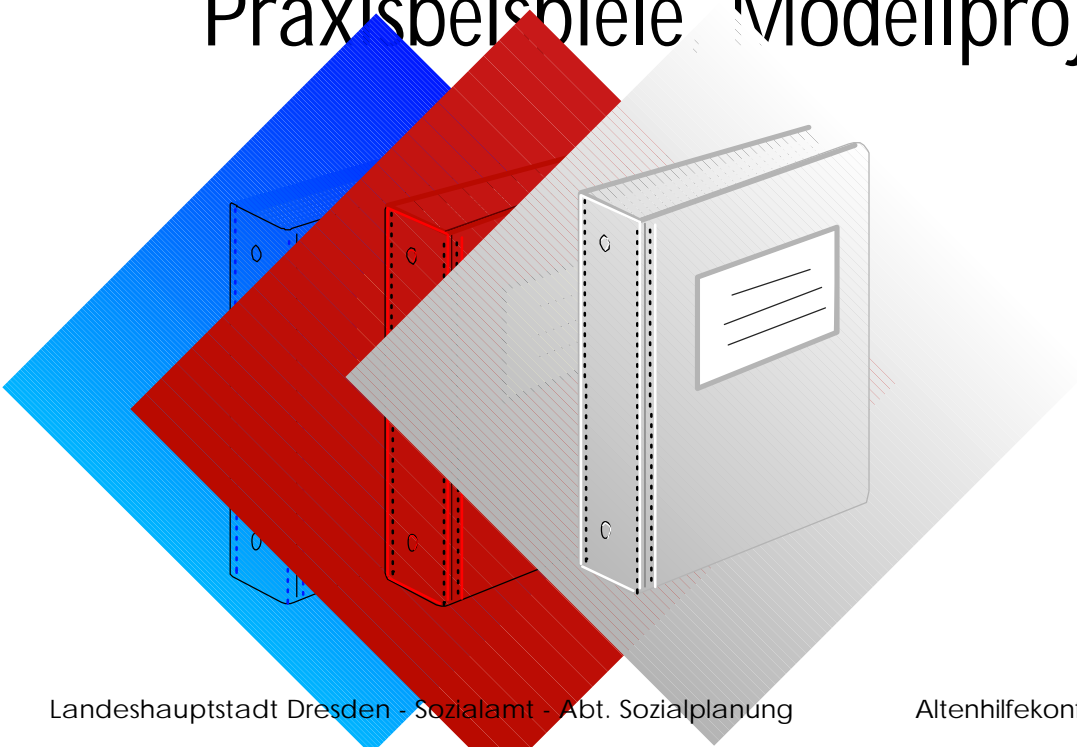


Ausgewertete Fachliteratur

sozial- und fachpolitische Schriften

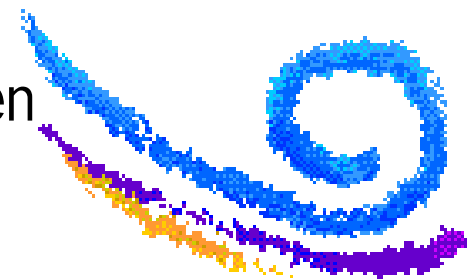
bautechnische und stadtplanerische Grundlagen

Praxisbeispiele Modellprojekte



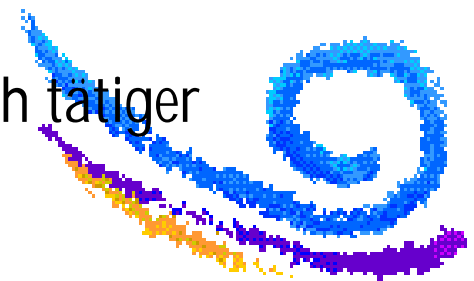
Umsetzung des Beschlusses (1)

- ▶ Vorlage eines Konzeptes zum Kriterienkatalog und zu den Vergabemodalitäten (1. März 2001)
- ▶ Bildung eines Sachverständigengremiums unter Beteiligung von
 - Sozialamt (Abt. Soziale Dienste, Abt. Wohnen, SG Betriebswirtschaft)
 - Rechtsamt
 - Hochbauamt, Stadtplanungsamt
 - Behindertenbeauftragte
 - Seniorenbeirat, Stadtratsausschuss für Soziales, Gesundheit und Wohnen
 - LAG für behinderte Menschen
 - Stadtliga der Wohlfahrtsverbände
 - Mieterverein, Verbraucherzentrale
 - TU Dresden, Lehrstuhl für Sozial- und Gesundheitsbauten
 - SÜDOST WOBA GmbH



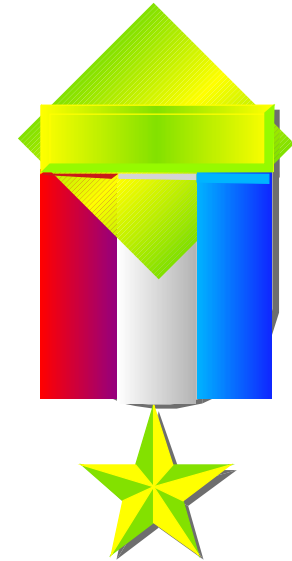
Umsetzung des Beschlusses (2)

- ▶ konstituierende Sitzung des Expertengremiums am 7. Mai 2002
- ▶ Aushändigung der Berufungsurkunden am 28. Oktober 2002
- ▶ Bildung von Unterarbeitsgruppen zur Festlegung von Kriterien in den Bereichen
 - Wohnung / Wohnumfeld
 - Verträge
 - Betreuung
- ▶ Abschluss der Entwicklung der Kriterien im Mai 2004
- ▶ Entwicklung eines rechtssicheren Vergabeverfahrens
 - Abklärung haftungs- und versicherungsrechtlicher Fragen
 - Satzung zur Vergabe (Antragsverfahren etc.)
 - Satzung über die Arbeit und Entschädigung ehrenamtlich tätiger Sachverständiger und Gutachter

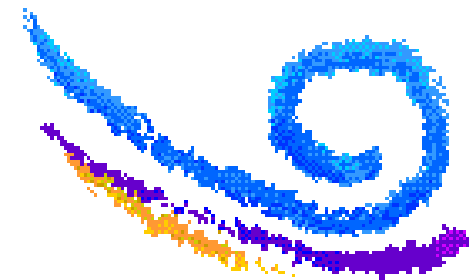


Formen der Bewertung Betreuten Wohnens

Qualitätssiegel

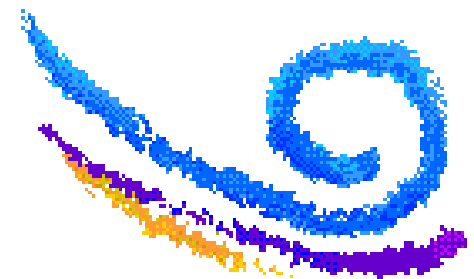


Checkliste



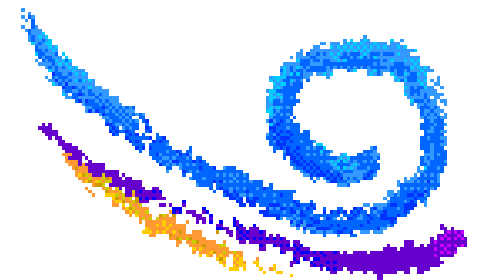
Qualitätssiegel

- ▶ ein i. d. R. mit hohem Aufwand verbundenes Zertifizierungsverfahren
- ▶ Werbewirkung für den Betreiber
- ▶ i. d. R. Kostenumlage auf den Nutzer



Checkliste

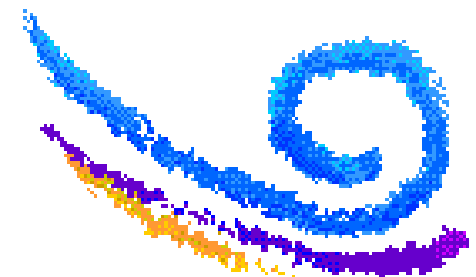
- ▶ preiswerte Entscheidungshilfe für den Interessenten
- ▶ macht aufmerksam, worauf der Nutzer bei der Auswahl achten sollte
- ▶ überlässt die Bewertung der subjektiven Einschätzung des Nutzers



Gemeinsamkeit der Qualitätssiegel und Checklisten:

- ▶ Abbildung der Bereiche des Betreuten Wohnens
 - Wohnung
 - Wohnumfeld (einschl. Infrastruktur)
 - Betreuung
 - Verträge

in unterschiedlicher Ausprägung und Differenzierung



Der Dresdner Ansatz

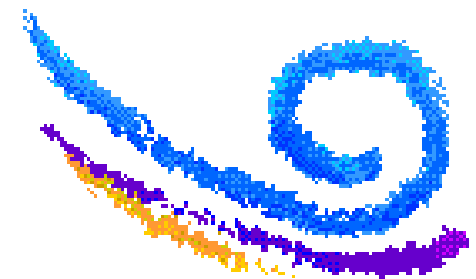
Kriterienkatalog

Vergabemodalitäten



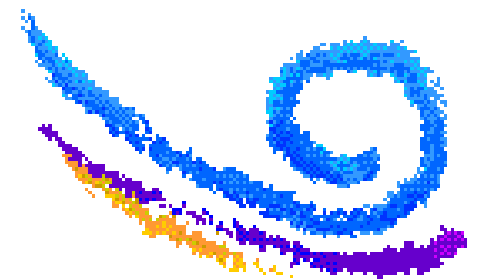
Kriterienkatalog

- ▶ vollständige Abbildung der 4 Bereiche des Betreuten Wohnens
 - bereichsbezogene Kriterienauswahl durch Expertengremium
 - Unterscheidung in objektiv und subjektiv zu bewertende Kriterien
- ▶ Gewichtung durch Experten und regional Kundige
 - innerhalb der Bereiche und zwischen den Bereichen
 - besondere Hinweise auf subjektive Bereiche, die nur individuell durch den Nutzer zu bewerten sind



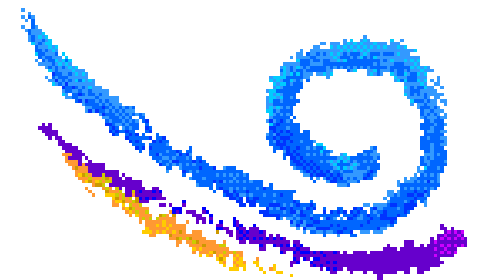
Ehrenamtliches Vergabegremium

- ▶ breite Basis durch Einbeziehung von Betreibern und potenziellen Nutzern
- ▶ Chance, das Ziel Markttransparenz zu erreichen, da die Kosten für den Erwerb des Qualitätssiegels niedrig gehalten werden



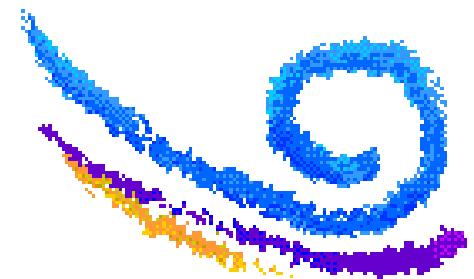
Doppelte Nutzbarkeit

- ▶ Qualitätssiegel für Betreiber mit Werbewirkung
- ▶ Instrument für die eigene Bewertung durch den potenziellen Nutzer zur Entscheidungsfindung



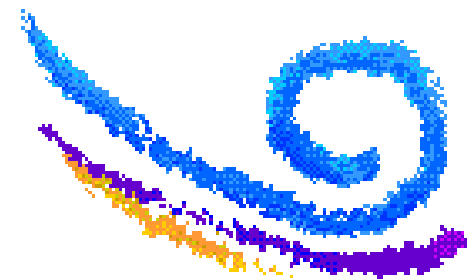
Kriterien

- ▶ absolute (objektive) Kriterien als Mindestanforderung
 - für Wohnung und Wohnumfeld
 - Zusatzkriterien für rollstuhlgerechte Wohnungen
 - für die Verträge
 - für die Betreuung
- ▶ zusätzliche (objektive) Kriterien ohne Einfluss auf die Vergabe
- ▶ beschreibende Kriterien, die ausschließlich der subjektiven Bewertung unterliegen



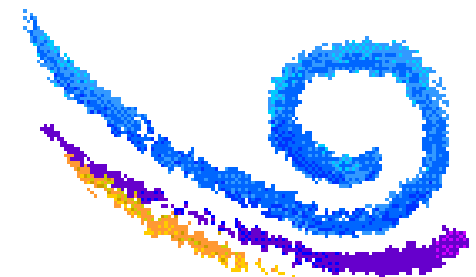
Kriterien Wohnung / Wohnumfeld (1)

- ▶ 7 absolute Kriterien als Zugangskriterium
 - gesamte Wohnung stufenlos begehbar
 - Dusche/WC barrierefrei und mit entsprech. Bewegungsflächen
 - Gebäudezugang rollstuhlgerecht nach DIN
 - Aufzug, stufenlos erreichbar und rollstuhlgeeignet
 - Gemeinschaftsraum im Objekt /max. 500 m entfernt
 - Versorgung mit Waren des tägl. Bedarfs im Umkreis von 500 m oder Einkaufsservice durch Betreiber ohne Aufpreis
 - ÖPNV-Haltestelle max. 500 m entfernt
- ▶ Zusatzkriterien für Rollstuhlnutzer



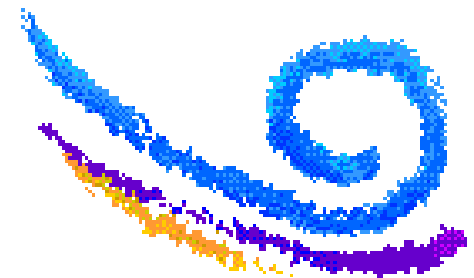
Kriterien Wohnung / Wohnumfeld (2)

- ▶ 12 weitere Kriterien zum Gebäude mit Außenanlagen, z. B.
 - überdachter Hausübergang, leichtgängige Hauseingangstüre
 - Beleuchtung von Wegen, Fluren, Treppenhaus
 - Schalter markiert und gut erreichbar, Klingelanlage gut lesbar
 - Mülltonnen, Briefkasten gut bedienbar
- ▶ 12 weitere Kriterien zur Wohnung, z. B.
 - Türbreiten
 - Erreichbarkeit von Steckdosen und Lichtschaltern
 - Bedienung der Fenstergriffe
 - Haltegriffe im Bad
 - Wechselsprechanlage
- ▶ jeweils 10 der 12 Kriterien müssen erfüllt sein



Kriterien Verträge - Mietvertrag

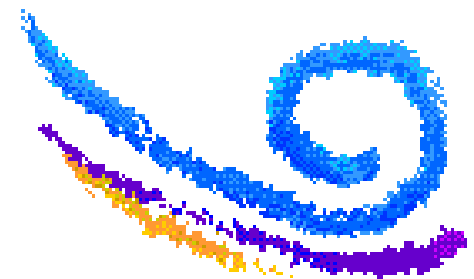
- ▶ 7 absolute Kriterien (= Mindestanforderung für Siegel)
 - Miete nicht über der ortsüblichen Vergleichsmiete (Mietspiegel)
 - Mietvertrag unbefristet
 - Ausschluss der Eigenbedarfskündigung (private Vermieter)
 - Sonderkündigungsrecht ausschließlich für Mieter
 - genaue Beschreibung von Lage, Größe, Ausstattung
 - konkreter Nachweis der Umlagekosten für Gemeinschaftsräume
 - Treppenhausreinigung und Winterdienst in Betriebskosten enthalten



Kriterien Verträge - Betreuungsvertrag

- ▶ 5 absolute Kriterien (= Mindestanforderung für Siegel)
 - detaillierte Leistungsbeschreibung des Grundservicepaktes und der möglichen Wahlleistungen
 - Preisanpassung nur bei entsprechender Erhöhung des Preisindex der Lebenshaltungskosten, bei Veränderung des Betreuungskonzeptes nur mit Zustimmung
 - Keine automatische Entbindung von der Schweigepflicht
 - Benennung konkreter Kündigungsfristen
 - Versorgungsgarantie unabhängig vom Pflege- bzw. Hilfebedarf

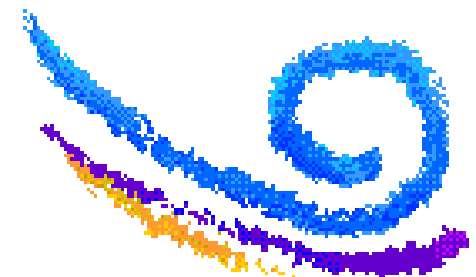
Keine Kopplung von Miet- und
Betreuungsvertrag!



Kriterien Betreuung (1)

- ▶ 9 absolute Kriterien (= Mindestanforderung für Siegel)
 - Aushändigung Betreuungskonzept mit allen Leistungen, dem Leistungsumfang und den Dienstleistern
 - Betreuungspauschale enthält individuelle Beratung, Information, Vermittlung von Leistungen, gemeinschaftsfördernde Angebote
 - Anschluss an 24-Std.-Notrufsystem jederzeit möglich
 - qualifizierte Betreuungsperson
 - Betreuungsperson als fester Ansprechpartner vor Ort mit regelmäßigen und festgelegten Ansprechzeiten, Vertretung ist den Bewohnern bekannt

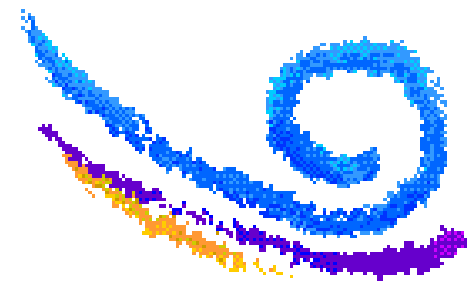
...



Kriterien Betreuung (2)

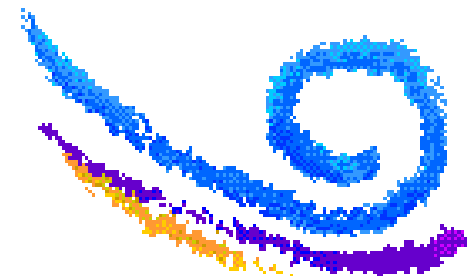
► Fortsetzung -

- klare Beschreibung des Aufgabenbereichs des Ansprechpartners
- Wahlleistungen nach Art, Umfang und Anbieter frei wählbar
- Preisliste für Wahlleistungen in geeigneter Weise zugänglich
- Unterstützung bei der Suche und Vermittlung eines Heimplatzes



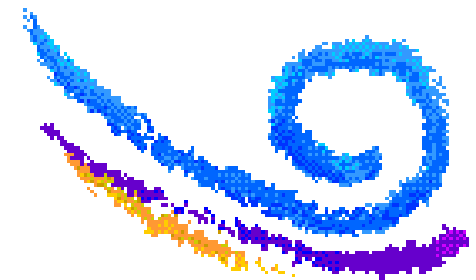
zusätzliche Kriterien

- ▶ ohne Einfluss auf die Vergabe des Siegels, wenn nicht erfüllt - aber ggf. im Prüfbericht positiv hervorzuheben
 - Anteil bzw. Anzahl der rollstuhlgerechten Wohnungen
 - Eignung für spezielle Handicaps, z. B. für Gehörlose, für Blinde
 - hauseigene Gemeinschaftseinrichtungen
 - Besonderheiten der Infrastruktur
 - Mietpreis wohngeldfähig bzw. angemessen im Sinne des SGB XII
 - Betreuungspauschale SGB XII-fähig
 - tägliche Anwesenheit der Betreuungsperson



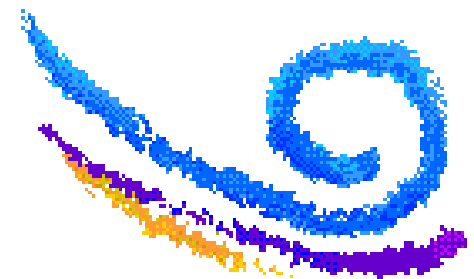
zusätzliche beschreibende Elemente

- ▶ keine Relevanz für die Bewertung, aber geeignet für die Entscheidungsfindung der Interessenten (Checkliste) , z. B.:
 - Lage: Zentrum / ruhige Randlage
 - Wohnungsausstattung: Dusche und Wanne, zusätzliches WC, Einbauküche, Balkon / Terrasse usw.
 - Objektausstattung: PKW-Stellplatz, Tiefgarage, Müllschlucker, selbstöffnende Haustür, Pflegebad usw.
 - Angebote vor Ort: Gästezimmer, Probewohnen, Schwimmbad, Sauna, Fitnessraum, ärztl. Betreuung im Haus, pflegerische Betreuung im Haus usw.

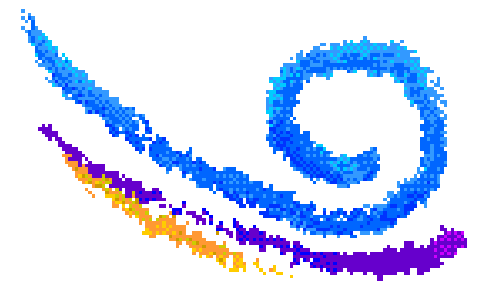


nächste Schritte

- ▶ Einreichung Stadtratsbeschluss zu den Satzungen
 - zur Vergabe (Antragsverfahren, Gebühr für Siegel)
 - über die Arbeit und Entschädigung ehrenamtlich tätiger Gutachter
- ▶ Anwerbung ehrenamtlicher Gutachter /-innen, z. B.
 - Senioren
 - (ältere) Langzeitarbeitslose
- ▶ Schulung der Ehrenamtlichen
- ▶ Berufung der Mitglieder der Bewertungskommission
- ▶ Information an die Betreiber (Faltblatt)
- ▶ Form und Inhalt des Prüfberichts festlegen
- ▶ Siegel bzw. Urkunde entwerfen



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Zusammenfassung Workshop 4 – Gütesiegel „Betreutes Wohnen“

Eingangsreferat:

Dipl. Verw.-Wiss. Monika Supan, Sachbearbeiterin in der Abt. Sozialplanung

Moderatorin:

Dipl.-Ing. Gesine Marquardt, Architektin TU Dresden

Moderationsassistentz:

Dagmar Hoffmann, Sozialarbeiterin SG Offene Altenhilfe

Teilnehmende:

Insgesamt beteiligten sich 15 Personen am Workshop. Davon bestand der überwiegende Anteil aus Vertretern von Trägern verschiedener Einrichtungen des Betreuten Wohnens sowie von Wohnungsbauunternehmen. Weiterhin nahmen fünf Senioren, z. T. selbst im Betreuten Wohnen lebend, teil.

„Wohnen mit gesiegelter Qualität“ – Umsetzung Gütesiegel Betreutes Wohnen

Inhaltliche Kurzdarstellung

Von allen Workshopteilnehmenden wurde zu Beginn der Veranstaltung ein Gütesiegel für Einrichtungen des Betreuten Wohnens grundlegend begrüßt. Einige der im Referat vorgestellten Kriterien, die über eine Siegelerteilung entscheiden sollen, wurde jedoch sehr kontrovers diskutiert. Diese sollen kurz dargestellt werden und die Diskussion widerspiegeln:

Kriterium	Anmerkungen der Workshopteilnehmenden
- Versorgungsgarantie unabhängig vom Pflege- bzw. Hilfebedarf - Mietvertrag ist unbefristet	- Problem demenzielle Erkrankungen: was geschieht, wenn Gefahr der Eigen- oder Fremdgefährdung besteht?
- bauliche Kriterien, u. a. überdachter Hauseingang und leichtgängige Hauseingangstür	- was geschieht, wenn diese Kriterien aufgrund von Auflagen des Denkmalschutzamtes nicht erfüllbar sind?
- keine Kopplung von Miet- und Betreuungsvertrag	- aus wirtschaftlichen Gründen darf die Betreuung nicht grundsätzlich abwählbar sein
- Miete nicht über den ortsüblichen Vergleichsmieten (Mietspiegel)	- Barrierefreiheit kann sich durchaus in erhöhten Baukosten niederschlagen - Gemeinschaftsflächen müssen umgelegt werden

Weiterhin gab es von Seiten einiger Workshopteilnehmenden die Anregung, das Preis-Leistungsverhältnis zu bewerten, während andere Teilnehmende für die Erteilung des Siegels den Preisaspekt gern ausschließen würden.

Es wurde auch die Frage aufgeworfen, ob für das Gebäude und die Betreuung nicht getrennte Gütesiegel verliehen werden könnten. Dann wäre es auch Anbietern altengerechter Wohnungen, in denen die Bewohner die Betreuung individuell organisieren, möglich, ein Qualitätssiegel zu erhalten.

Da die Eignung der vorgestellten Siegelkriterien subjektiv sehr unterschiedlichen Bewertungen unterlagen, wurde im Verlauf des Workshops die Notwendigkeit der Erteilung eines Gütesiegels für Einrichtungen des Betreuten Wohnens in Frage gestellt. Möglicherweise könnte die Checkliste die individuellen Präferenzen der Senioren besser berücksichtigen und eine geeignete Entscheidungshilfe bieten.

Im zweiten Teil des Workshops, der neue Impulse für das weitere Vorgehen der Gütesiegel-Arbeitsgruppe geben sollte, wurde versucht, sich dem Qualitätsbegriff für das „Wohnen 60+“ anzunähern. Die Teilnehmenden wurden gebeten, ihre Vorstellungen bzw. den für sie wichtigsten Aspekt dazu aufzuschreiben und kurz zu präsentieren. Die Ergebnisse zeigen einen Auszug aus der großen Bandbreite an Anforderungen und Bedürfnissen:

- selbst bestimmt leben zu können
- Vertrautheit: das Wohnen soll im gewohnten Umfeld fortgesetzt werden können
- Sicherheit: das Gefühl, bei Bedarf in den unterschiedlichsten Lebenssituationen kurzfristig Hilfe erhalten zu können
- Nachbarschaftsstrukturen und soziale Kontakte sollen gefördert und unterstützt werden
- kurze Wege zu Einkaufsmöglichkeiten, Dienstleistungen, Grünanlagen und ÖPNV
- Wohnungsanbieter, Dienstleister und aktive Menschen sollen im Stadtteil miteinander agieren
- Mitten im Leben sein
- eine Vielfalt an Möglichkeiten haben
- sich aktiv einbringen zu können und Lebenssinn vermittelt zu bekommen
- Bezahlbarkeit der Angebote

Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Die im bisherigen Stand des Qualitätssiegels enthaltenen Kriterien werden anhand der Anregungen der Workshopteilnehmer nochmals überprüft. Im Ergebnis sollen dann sowohl eine Checkliste als Orientierungshilfe zur individuellen Prüfung von Angeboten als auch die Kriterien zur Erteilung des Siegels vorliegen.

Um die Siegelvergabe auf eine rechtssichere Grundlage zu stellen, müssen zwei Satzungen vom Stadtrat beschlossen werden: eine zum Verfahren – von der Antragsstellung bis hin zu den Gebühren, und eine zweite zur Legitimation des Expertengremiums, welches die Prüfungen durchführt.

Die Checkliste wird in Abstimmung mit dem Presseamt als Broschüre erstellt und auch als Download im Internetauftritt der Stadt zur Verfügung.

Workshopzusammenschau

Workshop 5

„Ambulante Betreuung demen- ziell Erkrankter in der Landeshaupt- stadt Dresden“



Ambulante Betreuung demenziell Erkrankter in der Landeshauptstadt Dresden

Workshop 5
§ Projektvorstellung
§ Akteure gesucht



Inhaltsverzeichnis

- n Auftragslage
- n Projektname
- n Projektziel
- n Zweck des Projektes
- n Aufgaben im Projekt
- n Ergebnisse des Projektes
- n Projektaufbauorganisation
- n Projektablauforganisation

Auftragslage (1)

- n Angebote und Leistungen sind für Betroffene, Leistungsträger und -erbringer sehr unübersichtlich
- n Dresdner Pflege- und Betreuungsverein realisiert ambulant betreutes Wohnen
 - Zukunft und Übertragbarkeit auf andere Bedürftige vakant
 - Finanzierung über Zuwendungen der Stadt
- n Unklare Schnittstellen
 - Pflege
 - Psychiatrische Erkrankung

Auftragslage (2)

- n Ab 01.01.2006 liegt die sachliche Zuständigkeit für Leistungsberechtigte ab dem 65. Lebensjahr beim örtlichen Sozialhilfeträger.
- n Es fehlt eine zukunftsfähige Lösung für den ansteigenden Bedarf.



Projektname

Ambulante Betreuung demenziell Erkrankter in der
Landeshauptstadt Dresden

Projektziel

Ein effektives und wirtschaftliches Netzwerk für die ambulante Betreuung demenziell Erkrankter,

- § das am individuellen Bedarf ausgerichtet ist
- § das allen Leistungsberechtigten zugänglich ist
- § in dem alle erforderlichen Hilfen für den Einzelfall koordiniert werden unabhängig von der sachlichen Zuständigkeit und der Leistungserbringung
- § das sich den sich ändernden Bedarfslagen und Ressourcen anpasst.



Zweck des Projektes

- n Erarbeitung eines Regelverfahrens zur trägerübergreifenden Gewährleistung der bedarfsgerechten Einzelfallhilfe
und
- n Entwicklung der erforderlichen anpassungsfähigen Infrastruktur.



Aufgaben im Projekt

- § Einzelfallsteuerung
- § Kooperation
- § Organisationssteuerung

Aufgaben im Projekt: Einzelfallsteuerung

Ø Erarbeitung von Verfahrensweisen zur

- Antragsstellung
- Antragsprüfung
- Hilfebedarfsfeststellung
- Organisation der Hilfen (Hilfeplanung)
- Finanzierung

✓ Beteiligung aller rechtlich und fachlich zuständigen bzw. geeigneten

- Leistungsträger
- Leistungserbringer

Aufgaben im Projekt: Kooperation

- Ø Klärung von Schnittstellen zwischen allen (potenziellen) Leistungsträgern
 - Sozialhilfeträger
 - Krankenkassen
 - Pflegekassen

- Ø Fachlich zu klärende Fragen
 - Klärung des arbeitsteiligen Zusammenwirkens
 - Standardisierung der Erhebungs- und Untersuchungsmethoden
 - Nachnutzung von Untersuchungsergebnissen
 - Fallübergabe zwischen den Leistungsträgern

Aufgaben im Projekt: Kooperation

Ø Klärung von Schnittstellen zu den Leistungserbringern

- Professionelle Fachdienste
- Niederschwellige Fachdienste
- Familiäre Netzwerke
- Bürgerschafts- und Nachbarschaftshilfe

Ø Fachlich zu klärende Fragen

- Art und Weise des arbeitsteiligen Zusammenwirkens
- Fallübergabe
- Klärung von Möglichkeiten und Grenzen der Einbeziehung der familiären Netzwerke und von Bürgerschafts- und Nachbarschaftshilfe

Aufgaben im Projekt: Kooperation

- Ø Herstellung und Sicherung einer verbindlichen Kooperation zwischen
 - allen (potentiellen) Leistungsträgern und Leistungserbringern
 - unter Berücksichtigung familiärer Netzwerke und Bürgerschafts- und Nachbarschaftshilfe

Aufgaben im Projekt: Organisationssteuerung

- Ø Entwicklung der Angebotsstruktur für demenziell Erkrankte
 - Erfassung
 - Erarbeitung von Kriterien zur Bewertung
 - Bewertung und Formulierung von Entwicklungserfordernissen
- Ø Kontinuierliche Bereitstellung von aktuellen Informationen über die Angebote
- Ø Erarbeitung einer ständigen methodischen Verknüpfung von Einzelfallhilfen und Infrastrukturentwicklung

Ergebnisse des Projektes

§ Einzelfallsteuerung

- praktikable Verfahrensregelungen
- Arbeitshilfen für Akteure
- Informations- und Dokumentationsmaterialien über vorhandene Angebote

§ Kooperation

- ggf. Kooperationsvereinbarungen
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- Evaluation = Aussagen zur Wirksamkeit des Projektes und der Projektergebnisse

Ergebnisse des Projektes

§ Organisationssteuerung

- Methodische Verknüpfung von Einzelfallhilfe und Infrastrukturentwicklung
- Informations- und Dokumentationsmaterialien für
 - Betroffene und Angehörige
 - Akteure

§ Schlussfolgerungen für die präventive Arbeit

Projektaufbauorganisation

- n Projektträger
Dresdner Pflege- und Betreuungsverein
- n Region
Gorbitz
- n Projektstruktur
 - Projektteam
 - Beirat

Projektaufbauorganisation

n Projektteam

- Sozialamt, Abt. Sozialplanung, SB Altenhilfe
- Sozialamt, Abt. Soziale Leistungen
- Sozialamt, Abt. Soziale Dienste, SG Offene Altenhilfe
- Gesundheitsamt, SPD
- Dresdner Pflege- und Betreuungsverein
- Kranken- und Pflegekassen; VdAK
- Wissenschaftliche Begleitung

Projektaufbauorganisation

n Beirat

- Seniorenbeirat, Herr Dr. Laue
- Sozialzentrum Dresden-Prohlis
- St.-Marien-Krankenhaus, Geriatrische Rehaklinik
- Alzheimer Gesellschaft
- Selbsthilfegruppen
- Anbieter niederschwelliger Angebote
- Anbieter der ambulanten und stationären Pflege mit Schwerpunkt der Dementenbetreuung,
- medizinische Fachkräfte (ggf. Hausärzte)
- Liga der Spitzenverbände
- Ausschuss für Soziales
- SMS, Regierungspräsidium
- überörtlicher Träger der Sozialhilfe (KSV)

Projektablauforganisation

- n öffentlicher Workshop zum Projekt „Demenz“
Heute
- n Konkretisierung des Projektes
Dezember 2005 bis Februar 2006
- n Beginn des Projektes
01.03.2006
- n Erarbeitung eines Modells zur Einzelfallsteuerung für
die ambulante Dementenbetreuung
März 2006 bis August 2006

Projektablauforganisation

- n Herstellung eines verbindlichen Handlungsrahmens
April 2006 bis September 2006
- n Erprobung des Modells zur Einzelfallsteuerung für die
ambulante Dementenbetreuung
September bis Oktober 2006
- n Schaffung einer bedarfsgerechten, anpassungsfähigen
Angebotsstruktur für die Betreuung Dementer und der
Beratung der pflegenden Angehörigen
Juni 2006 bis August 2006

Projektablauforganisation

- n Handbuch zur Dementenbetreuung nach Nutzergruppen
Projektbegleitend, November 2007
- n Öffentlichkeitsarbeit – Leben mit der Diagnose „demenzielle Erkrankung“
April 2006 bis 2008
- n Ergebnispräsentation
Altenhilfekonferenz November 2007 (?), Frühjahr 2008

Landeshauptstadt Dresden
Sozialamt
Abt. Sozialplanung

GZ: (50) 50.1
Bearbeiter : Frau Lohse
Tel. : 488 4892
Sitz : Riesaer Str. 7, 240
Datum : 20.10.2005

Projektvorschlag „Ambulante Betreuung demenziell Erkrankter in der Landeshauptstadt Dresden“

Inhaltsverzeichnis

1. Auftragslage
2. Projektbeschreibung
 - 2.1 Projektname
 - 2.2 Zweck
 - 2.3 Ziel
 - 2.4 Projektaufbauorganisation
 - 2.5 Projektablauforganisation
3. Ressourcen
4. Projektbesonderheiten

1. Auftragslage

Die Betreuung sowie die ambulante und stationäre Pflege demenziell Erkrankter einschließlich der Beratung der Angehörigen Dementer in der Landeshauptstadt Dresden stellt sich für Betroffene, Leistungsträger und -erbringer sehr unübersichtlich dar. Der Dresdner Pflege- und Betreuungsverein realisiert unter diesen Bedingungen seit mehreren Jahren im Ortsamt Gorbitz ein ambulant betreutes Wohnen für demenziell Erkrankte. Die Zukunft dieses Angebotes und die Übertragbarkeit auf andere Bedürftige sind aus finanziellen Gründen vakant.

Die Finanzierung des ambulanten betreuten Wohnens des Dresdner Pflege- und Betreuungsvereins wird maßgeblich über Zuwendungen der Landeshauptstadt Dresden sichergestellt. Sie schließt damit eine Finanzierungslücke, die der Kommunale Sozialverband (KSV, früher Landeswohlfahrtsverband) geschaffen hat.* Auch im pflegerischen Bereich ist die Möglichkeit der Nutzung notweniger Hilfen als problematisch einzuschätzen. Auf Grund der anfänglich relativ geringen körperlichen Hilfebedürftigkeit bei krankheitsbedingt hohem Betreuungsaufwand wird der Hilfebedarf finanzielle und tatsächlich meist ungenügend gedeckt. **

Ab dem 01.01.2006 ändert sich die sachliche Zuständigkeit. Für Leistungsberechtigte ab dem 65. Lebensjahr ist der örtliche Sozialhilfeträger zuständig. Damit ergibt sich die Möglichkeit, ein sachgerechtes und gesetzeskonformes Verfahren zur Gewährung ambulanter Hilfen für im Alter demenziell Erkrankte zu erarbeiten.

* Regelmäßig lehnt der KSV die Anträge auf ambulant betreutes Wohnen nach SGB XII ab, wenn die Antragstellenden nicht schon im erwerbsfähigen Alter an einer psychischen Krankheit litten. Auf diese Weise haben demenziell Erkrankte im höheren Lebensalter keinen Zugang zum ambulant betreuten Wohnen des KSV.

** Ebenfalls klärungsbedürftig ist die Einordnung der demenziellen Erkrankungen als psychiatrische bzw. neurologische Erkrankungen und infolge dessen die Zuständigkeit für notwendige Hilfen.

Angesichts des prognostisch steigenden Bedarfs für diese Hilfen fehlt eine zukunftsfähige Lösung zur bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Sicherstellung der ambulanten Betreuung demenziell Erkrankter.

2. Projektbeschreibung

2.1 Projektname

Ambulante Betreuung demenziell Erkrankter in der Landeshauptstadt Dresden

2.2 Zweck

Es ist ein Regelverfahren zur Gewährleistung der Einzelfallhilfe auszuarbeiten und die erforderliche anpassungsfähige Infrastruktur zu schaffen.

Auf der Grundlage der einschlägigen Gesetze ist ein Verfahren zur Beantragung, Antragsprüfung mit Hilfebedarfsfeststellung, Hilfeorganisation und Finanzierung auszuarbeiten. Dabei sind alle rechtlich bzw. fachlich zuständigen Leistungsträger und –erbringer zu beteiligen.

Die vorhandene Angebotsstruktur ist zu bewerten und eine bedarfsgerechte Entwicklung der ambulanten Versorgung für die Bedarfsgruppe in der Landeshauptstadt Dresden sicherzustellen.

Im Ergebnis sind für die individuelle Hilfestellung praktikable Verfahrensregelungen, Arbeitshilfen, Informations- und Dokumentationsmaterialien, ggf. Kooperationsvereinbarungen sowie Maßnahmen zur Evaluation und Qualitätssicherung vorzulegen.

Zur Schaffung und weiteren Entwicklung der Infrastruktur ist eine Umsetzungsplanung vorzulegen. Dabei sind die Übergänge von der Einzelfallhilfe zur Infrastrukturplanung zu regeln und die Anpassung der Angebotsstruktur zu konzipieren.

2.3 Ziel

Ziel des Projektes ist es, ein am individuellen Bedarf ausgerichtetes effektives und wirtschaftliches Netzwerk für die ambulante Betreuung demenziell Erkrankter zu schaffen, das für alle Leistungsberechtigten zugänglich ist.

2.4. Projektaufbauorganisation

Ausgehend von der ambulanten Betreuung demenziell Erkrankter im Ortsamtsbereich Cotta wird vorerst eine regionale Beschränkung vollzogen. Im Projektverlauf erfolgt mit dem Ziel der Übertragung auf gesamtstädtische Strukturen die Einbeziehung von weiteren Akteuren.

Projektleitung

Sozialamt, Abt. Sozialplanung, Frau Dr. Cordts

Projektteam

- Sozialamt, Abt. Sozialplanung, SB Altenhilfe
- Sozialamt, Abt. Soziale Leistungen
- Sozialamt, Abt. Soziale Dienste, SG Offene Altenhilfe
- Gesundheitsamt, SPD
- Dresdner Pflege- und Betreuungsverein
- Kranken- und Pflegekassen; VdAK

Beirat

Darüber hinaus ist die Bildung eines stadtweiten Beirates „Demenz“ mit beratendem Charakter aus Vertretern folgender Institutionen anzustreben:

- Seniorenbeirat, Herr Dr. Laue,
- Sozialzentrum Dresden-Prohlis,
- St.-Marien-Krankenhaus,
- Geriatriische Rehaklinik,
- Alzheimer Gesellschaft,
- Selbsthilfegruppen,
- Anbieter niederschwelliger Angebote,
- Anbieter der ambulanten und stationären Pflege mit Schwerpunkt der Dementenbetreuung,
- medizinische Fachkräfte (ggf. Hausärzte),
- Liga der Spitzenverbände,
- Ausschuss für Soziales,
- SMS, Regierungspräsidium,
- überörtlicher Träger der Sozialhilfe (KSV).

2.5 Projektablauforganisation

Das Projekt umfasst den Zeitraum von November 2005 bis November 2007.

1. öffentlicher Workshop zum Projekt „Demenz“	
	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung und fachinhaltliche Diskussion des Projektes • Gewinnung von Beteiligten
Termin	30. November 2005

2. Konkretisierung der Projektstruktur	
	<ul style="list-style-type: none"> • Feinstrukturplanung auf Grundlage des vorliegenden Grobkonzeptes • Kalkulation der Kosten • Präzisierung der Zeitplanung
Termin	Dezember 2005 bis Februar 2006

3. Erarbeitung eines Modells der Einzelfallsteuerung für die ambulante Dementenbetreuung	
	<ul style="list-style-type: none"> • Zielgruppenbeschreibung • Fallverantwortung • Hilfebedarfsfeststellung (Methoden, Verfahren, Dokumentation) • Ressourcen, soziale Netzwerke • Leistungsplanung • Umsetzung des Hilfeplanes • Prozesssteuerung • Evaluation
Termin	Dezember 2005 bis Mai 2006

4. Herstellung eines verbindlichen Handlungsrahmen	
	<ul style="list-style-type: none"> • Erarbeitung eines tragfähigen Finanzierungskonzeptes • Vereinbarungen nach § 75 SGB XII • Kooperationsvereinbarungen
Termin	Januar 2006 bis Juni 2006

5. Erprobung des Modells der Einzelfallsteuerung für die ambulante Dementenbetreuung	
	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung des Modells im Rahmen des Modellprojektes des Dresdner Pflege- und Betreuungsvereines • Evaluation des Modellprojektes
Termin	Juni 2006 bis Mai 2007

6. Schaffung einer bedarfsgerechten, anpassungsfähigen Angebotsstruktur der Betreuung Dementer und der Beratung der pflegenden Angehörigen in der Landeshauptstadt Dresden	
	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassung und Bewertung der vorhandenen Angebote (Verfügbarkeit, Möglichkeiten, Grenzen) • Konzepterstellung und Umsetzung der kurz- und mittelfristigen Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur
Termin	März 2006 bis Mai 2007

7. Handbuch zur Dementenbetreuung nach Nutzergruppen	
	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenstellung praktikabler Verfahrensregelungen, Arbeitshilfen, Informations- und Dokumentationsmaterialien mit dem Ziel der gesamtstädtischen bzw. darüber hinausgehenden Nutzung • Erarbeitung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung
Termin	modellprojektbegleitend; November 2007

8.	Öffentlichkeitsarbeit – Leben mit der Diagnose „demenzielle Erkrankung“
	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau und Umsetzung eines wirksamen Systems der Öffentlichkeitsarbeit zur präventiven Arbeit und zur gezielten Information
Termin	November 2005 bis November 2007

9.	Abschlussbericht
	<ul style="list-style-type: none"> • Altenhilfekonferenz 2007
Termin	voraussichtlich November 2007

3. Ressourcen

Das Projekt kann auf den Erfahrungen des ambulanten betreuten Wohnens für demenziell Erkrankte in Trägerschaft des Dresdner Pflege- und Betreuungsvereins aufbauen.

Im Zusammenhang mit der Klärung einer Regelfinanzierung, sind rechtliche Prüfungen zur Gewährung des ambulanten betreuten Wohnens nach §§ 61 ff. SGB XII erfolgt, die dem Projekt zufließen. Ebenfalls ist das Verfahren zur Übernahme der Betreuungspauschale für das betreute Wohnen von Senioren nach §§ 61 ff. SGB XII einzubeziehen.

Eine Ausweisung der konkreten personellen und sächlichen Ressourcen kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abschließend vorgenommen werden.

Die Kosten der Umsetzung des Modellprojektes des Dresdner Pflege- und Betreuungsvereins werden durch Mittel der Zuwendungen der Landeshauptstadt Dresden und der Modellfinanzierung durch des Ministerium für Gesundheit, Familie und Soziales gedeckelt.

Die konkrete Planung ist innerhalb der Projektplanung (Schwerpunkt 2) vorzunehmen.

4. Projektbesonderheiten

Das Projekt erfordert die Beteiligung verschiedener Akteure, die nicht der Weisungsbefugnis der Landeshauptstadt Dresden unterliegen.

gez.
Dr. Cordts

Zusammenfassung Workshop 5 - Ambulante Betreuung demenziell Erkrankter in der Landeshauptstadt Dresden

Eingangsreferat:

Dr. Susanne Cordts, Abteilungsleiterin der Abteilung Sozialplanung

Moderation:

Elfi Hahnwald, Geschäftsführerin Dresdner Pflege- und Betreuungsverein e. V.

Moderationsassistentz:

Uta Rockstroh, Sozialarbeiterin SG Offene Altenhilfe

Teilnehmende:

ca. 50 Personen, Angehörige von Betroffenen, Mitglieder des Seniorenbeirats, Fachexperten und Sozialarbeiter verschiedener Träger, interessierte Bürgerinnen und Bürger

Grundthesen

- Sicherung der Lebensqualität von alten Menschen stellt eine interdisziplinäre Aufgabe dar.
- Pflege und Betreuung wird vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und einhergehender Veränderungen der Altersstruktur ein zentrales Thema.
- Auch 10 Jahre nach der Einführung der Pflegeversicherung und des seit 2002 eingeführten Pflegeleistungsergänzungsgesetzes fehlen immer noch verbindliche und abgestimmte kosten- und leistungsträgerübergreifende Versorgungsstandards, besonders für demenziell Erkrankte.
- Es besteht die Notwendigkeit, alternative Versorgungsmodelle zum Heim zu entwickeln.
- Finden Betroffene und Angehörige die richtige Hilfe? Die Angebote zur ambulanten Betreuung demenziell Erkrankter sind in der Landeshauptstadt derzeit sehr unübersichtlich.
- Ziel ist die Schaffung eines am individuellen Hilfebedarf ausgerichteten Hilfesystems für die ambulante Betreuung demenziell Erkrankter, das für alle Leistungsberechtigten der Landeshauptstadt zugänglich gemacht werden soll.
- Für die Umsetzung des Projektes (Anlage) werden Akteure gesucht.

Ergebnisse

Nach der Projektvorstellung durch die Referentin wurde im Workshop sehr angeregt und breit über die Notwendigkeit, den Inhalt, die Umsetzung und die Möglichkeit der Beteiligung an diesem Projekt diskutiert.

1. Allgemeine Aussagen

Die Teilnehmenden waren sich einig darüber, dass eine verstärktere öffentliche Aufklärung zum Thema Demenz, zum Umgang mit der Krankheit durchgeführt werden muss um eine breitere gesellschaftliche Akzeptanz herzustellen.

Dabei wurde vor allem die Einbeziehung der Betroffenen und deren Angehörige als äußerst wichtig hervorgehoben. Noch immer fehle es nach Aussagen der Teilnehmer an der notwendigen gesellschaftlichen Anerkennung und materiellen Unterstützung bei der Pflege demenziell Erkrankter.

Einen konkreten Aufklärungs-, Organisations- und Handlungsbedarf ergab die Diskussion vor allem zu folgenden Schwerpunkten:

- Rechtliche Begleitung (Vorsorgevollmacht)
- Anwendung eines geriatrischen Assessment
- Finanzierungsmöglichkeiten bei Erkrankung
- Rolle der Kranken- und Pflegekassen
- Einsatz von ambulanter psychiatrischer Pflege
- Zuständigkeit des Kommunalen Sozialverbandes Sachsen (KSV)
- Einbeziehung der Hausärzte
- Bedeutung der Anwendung von Alternativmedizin

Allgemeine Hinweise auf derzeitige vorhandene Hilfen, wie ambulante Sozialarbeit in den Ortsämtern und bei freien Trägern, niedrigschwellige Betreuungsangebote nach § 45 SGB XI, Angehörigengruppen, Nachbarschaftshilfe und Wohnformen wurden als sehr wertvoll aufgenommen.

Die Teilnehmenden sprachen sich insgesamt für den Aufbau eines Leistungsnetzwerkes verbunden mit einem Infosystem unter der Einbindung von neuen Medien für Angehörige und Betroffene aus.

2. Projekthinweise

Das Projekt zur ambulanten Betreuung demenziell Erkrankter in der Landeshauptstadt Dresden wurde als ein wichtiger Baustein in einem zu schaffenden Netzwerk der Betreuung dieser Zielgruppe bewertet. Alleine durch die Initiierung versprechen sich die Workshopteilnehmer bessere und qualifiziertere Möglichkeiten der Zusammenarbeit.

Eine Vielzahl der Teilnehmer erklärte ihre Bereitschaft zur Mitarbeit. Auf die Einbindung und Veröffentlichung von Angeboten der ehrenamtlichen Hilfe wurde besonders hingewiesen. Auf vorhandene Träger oder Strukturen (z. B. Alzheimer Gesellschaft) soll zurückgegriffen werden.

In die Projektbearbeitung wurden Hinweise über mögliche geeignete Partner für die wissenschaftlichen Begleitung aufgenommen.

Es wurde ausführlich erläutert, dass mit diesem Projekt zunächst in einem Stadtteil (Gorbitz) begonnen wird. Sobald es der Projektverlauf zulässt, wird die Möglichkeit geschaffen, entsprechend des Projektzieles die ambulante Betreuung für alle leistungsberechtigten Einwohner zugänglich zu machen.

Als Projektträger wurde der Dresdner Pflege- und Betreuungsverein e.V. ausgewählt. Der Verein verfügt in Gorbitz über jahrelange Erfahrung auf dem Gebiet der ambulanten Betreuung auch von demenziell Erkrankten.

Getroffene Aussagen zu einer möglichen Kosteneinsparung bei der ambulanten Betreuung werden sicherlich in der Projektumsetzung näher zu überprüfen sein.

Der Workshops gab Anregungen für die Art und Weise der Dokumentation der Projektergebnisse.

Die Teilnehmenden waren sich darüber einig, dass das vorgestellte Projekt nicht alle Fragen, die im Zusammenhang mit der Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen zum gegenwärtigen Zeitpunkt offen sind, beantworten kann und wird.

3. Festlegungen

Die Teilnehmer des Workshops beschlossen, bis zum 02.01.2006 ihre Bereitschaft zur Mitarbeit unter Angabe ihres konkreten Beitrages dem Projektteam mitzuteilen.

Die Auswertung des Projektverlaufes und die Präsentation der Projektergebnisse werden in der nächsten Altenhilfekonferenz im Jahr 2007 der Landeshauptstadt Dresden vorgenommen.

4. Ansprechpartner des Projektes

- Landeshauptstadt Dresden Abt. Sozialplanung/ Frau Lohse
Telefon: 0351-4884892
e-mail: ALohse@ dresden.de
- Dresdner Pflege-und Betreuungsverein e.V. / Frau Musch
Telefon: 0351-416600
e-mail: musch@ ambulantes-pflegezentrum.de

5. Dankeschön

Wir bedanken uns bei allen Workshopteilnehmern für die aktive Diskussion und vor allem bei den teilnehmenden Angehörigen für die Darstellung ihrer sehr beeindruckenden persönlichen Erfahrungen im Umgang mit der Krankheit Demenz.

Abschlussworte zur Altenhilfekonferenz 2005 von Sozialbürgermeister Tobias Kogge

Ein langer Tag geht zu Ende, ein inhaltsreicher Tag.

Bedanken möchte ich mich bei den Stadträten, die in den Fachausschüssen die Seniorenarbeit stets unterstützt und befördert haben. Ein Dank auch all jenen, die in den dezentralen Runden in den Ortsämtern mitgemacht haben als Träger, als Betroffene oder als Interessierte.

Wir haben nun eine Aufgabe, die wir gemeinsam - Stadtrat und Politik und natürlich auch Verwaltung - in den nächsten Jahren angehen wollen. Lassen Sie mich dazu ein paar Punkte noch einmal aufgreifen.

Ziel der Altenhilfekonferenz war in einen Dialog zu treten, um die bisherige Arbeit zu reflektieren und künftige Zielstellungen zu formulieren. Ihr engagiertes Mitwirken, die Art und Weise wie sie sich eingebracht haben, bringt einen Schub für die Zukunft, auch für die weitere Planung.

Das Thema Öffentlichkeitsarbeit haben wir, um uns ausführlicher damit auseinander setzen zu können, im ersten Workshop aufgegriffen. Die Öffentlichkeitsarbeit kommt gelegentlich noch zu kurz. Das ist bedauerlich, da die Arbeit, die tagtäglich geleistet wird, es verdient, dass diese angemessen kommuniziert wird. Die Homepage zur Seniorenarbeit der Landeshauptstadt Dresden sollte dabei ein Schritt in die richtige Richtung sein. Hier kann man viele aktuelle Anregungen und Hinweise finden. Neben Informationen zum Fachplan und der Arbeit des Seniorenbeirates, können sich Interessierte über Beratungsangebote, ambulante Dienstleistungen bis hin zu Freizeit, Bildungs- und Kulturangeboten sowie zum Wohnen im Alter informieren. Wichtig sind uns natürlich auch ihre Anregungen und Hinweise, die wir gerne entgegennehmen und aufgreifen werden, um unsere Internetpräsentation den Bedürfnissen und Wünschen unserer Seniorinnen und Senioren anzupassen.

Die Arbeitsgruppe 2 hat sich mit dem Thema „Aktives Altern“ auseinandergesetzt. Die Krankenkassen unterstützen dieses Anliegen, die in der Arbeitsgruppe diskutierten Regeln werden wir bei unserer künftigen Arbeit einbeziehen.

Erinnern möchte ich an das WHO „Gesundestädteprojekt“, die Gründung des Seniorensportvereins vor 4 - 5 Jahren, der nun über 500 Mitglieder hat. Die WHO-Beauftragte, Frau Muschner, hat in den letzten Jahren u. a. auch das Senioren- und Freizeitverhalten evaluiert, die Ergebnisse ausgewertet und die daraus gewonnenen Anregungen aufgegriffen. Sie fanden soweit möglich bereits Berücksichtigung. Man kann sagen, wir befinden uns auf dem richtigen Weg. Diesen gilt es gemeinsam erfolgreich fortzusetzen.

Die verschiedenen Beiräte haben die Möglichkeit voneinander zu partizipieren, d. h. wir werden die Ergebnisse der Altenhilfekonferenz nicht nur dem Seniorenbeirat sondern auch dem Beirat Gesunde Städte, dem Behindertenbeirat und dem Kriminalpräventiven Rat zur Kenntnis geben.

Heute gab es zu all diesen Themen einen angeregten, intensiven und innovativen Austausch. Ich meine, dass jeder etwas für seine Arbeit mitnehmen konnte.

In der Arbeitsgruppe Demographie ist deutlich geworden, dass wir uns noch stärker als bisher auf eine in den nächsten Jahren stetig älter werdende Gesellschaft einzustellen haben. Unsere Planungen werden den veränderten Lebenssituationen immer wieder neu angepasst.

Das Gütesiegel für betreutes Wohnen ist mir persönlich sehr wichtig. Daher habe ich die Entwicklung des Gütesiegels mit großem Interesse verfolgt und die Fertigstellung immer wieder angemahnt. Ein solches Gütesiegel hat sowohl für die Einrichtungen, die es verliehen bekommen, als auch für die Nachfragenden große Vorteile. Die Einrichtungen, die es verliehen bekommen, können damit öffentlich dokumentieren, dass sie vereinbarte Qualitätsstandards gewährleisten. Für nachfragende Bürger erleichtert es die Suche einer geeigneten Einrichtung.

Gestatten Sie mir noch ein paar Anmerkungen zur Diskussion Checkliste oder Gütesiegel. Meiner Auffassung nach sind beide hilfreich. Ich würde daher anregen, es nicht ergänzend, sondern beide nebeneinander zu sehen. Das eine ist für die Öffentlichkeitsarbeit der jeweiligen Einrichtung, das andere ist für den einzelnen Nachfragenden wirksamer. Nur die Checkliste einzuführen und das Gütesiegel ganz wegfällen zu lassen, würde ich hingegen bedauern.

Das Projekt ambulante Betreuung Demenzkranker in der Landeshauptstadt hat ihre Zustimmung gefunden. Jetzt geht es darum, mit Mut an die Umsetzung zu gehen. Frau Dr. Cordts, Frau Hannewald, herzlichen Dank. Mit diesem Projekt wird deutlich, dass wir versuchen auf Problemlagen zu reagieren und bedarfsgerechte Angebote bereitzustellen.

Ich bin froh und sehr dankbar über die gute und angenehme Gesprächsführung von Ihnen, Frau Mannel. Ihre letzten Ausführungen möchte ich noch einmal aufgreifen und bekräftigen. Es ist eine Bereicherung für unsere Stadt und wir sind froh, dass es in Dresden diese Verschiedenheit, diese Originale gibt, deren voller Charme sich ihren Mitmenschen meist erst auf den zweiten Blick eröffnet. Aber gerade in dieser Verschiedenheit unserer Dresdner Mitbürger, in den unterschiedlichen Bedarfslagen, den Wünschen und den verschiedenen Erfordernissen liegt die Herausforderung für uns. Dieser stellen wir uns Tag für Tag, und nicht nur weil es unsere Pflicht ist, sondern weil es uns ein Bedürfnis ist.

Impressum

Landeshauptstadt Dresden
Sozialamt
Abt. Sozialplanung
Postfach 12 00 20
01001 Dresden

Telefon	0351-4884892
Telefax	0351-4884813
E-Mail	sozialamt@dresden.de